

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 mai 1895, à 1 heure.

Par ÉMILE PHULPIN

Né à Ivry (Seine), le 23 Août 1864

Ancien interne des hôpitaux

LA SCIATIQUE

EN PARTICULIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SCOLIOSES HOMOLOGUE
ET ALTERNANTE, DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ
ET DES RÉACTIONS ÉLECTRIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

SCHWARTZ,

CHARRIN,

} *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

273

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 mai 1895, à 1 heure.

Par ÉMILE PHULPIN

Né à Ivry (Seine), le 23 Août 1864

Ancien interne des hôpitaux

LA SCIATIQUE

EN PARTICULIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SCOLIOSES HOMOLOGUE
ET ALTERNANTE, DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ
ET DES RÉACTIONS ÉLECTRIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

SCHWARTZ,

CHARRIN,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJÉRINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

INTRODUCTION

L'hôpital Andral, où nous avons passé notre dernière année d'internat, est fréquenté par un grand nombre de malades atteints de sciatique qui viennent consulter M. le professeur Debove et se soumettre au traitement qu'il a inauguré par le chlorure de méthyle. Sous l'inspiration de notre Maître, nous avons entrepris d'en faire l'objet d'une étude spéciale, curieux de rechercher si plusieurs d'entre eux ne présentaient pas quelques particularités intéressantes ; d'autant plus qu'indépendamment de ce premier contingent, nous disposions des cas que nous adressaient nos collègues des divers hôpitaux et de quelques documents recueillis l'année précédente à la Salpêtrière dans le service de MM. les professeurs Joffroy et Raymond.

Notre enquête terminée, nous nous sommes trouvé en possession d'un total de 83 observations, la plupart banales, mais dont quelques-unes, nous semble-t-il, ne sont pas tout à fait dépourvues d'intérêt.

Pour avoir été décrite depuis longtemps à maintes reprises, la sciatique n'en reste pas moins un sujet à l'étude. Sans parler des obscurités de son étiologie, ni des notions imparfaites que nous possédons sur la nature et l'anatomie de la forme névrite, il suffit de mentionner ses dernières acquisitions, concernant la scoliose, les troubles urinaires et l'hystérie, autant de chapitres relativement récents qui en ont élargi le cadre et où plus d'un point reste encore en discussion.

Aussi tout en traitant la question dans son ensemble, entrons-nous dans des développements assez étendus sur des symptômes en réalité d'ordre secondaire, mais en rapport avec nos observations et nos recherches personnelles.

C'est ainsi que nous avons étudié en particulier la scoliose alter-

nante, un type non décrit de scoliose homologue, les troubles de la sensibilité, les réactions électriques, les caractères de la démarche. Une observation de sciatique hystérique, une autre de sciatique tuberculeuse méritaient d'être rapportées.

Grâce au grand nombre de malades dont nous avons disposé dans un aussi bref délai, nous avons pu compléter ou établir quelques points de détail qui passaient aisément inaperçus ou étaient difficilement contrôlés sur des cas isolés.

En terminant notre internat, il nous reste un devoir à remplir : remercier nos maîtres de l'enseignement et l'accueil que nous avons trouvés auprès d'eux.

M. le professeur Debove, après nous avoir fait l'honneur de nous admettre au nombre de ses élèves, nous a traité avec une bienveillance dont nous ne saurions lui être assez reconnaissant ; ses leçons pleines d'aperçus nouveaux, sous une forme toujours attrayante, nous ont été des compléments précieux à la veille de terminer nos études officielles. Aujourd'hui, notre maître vient de nous honorer d'une nouvelle marque d'intérêt en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

Nos connaissances en pathologie nerveuse, nous les devons en majeure partie à M. le professeur Joffroy. Grâce à ses conseils, nous avons pu utiliser dans la plus large mesure pour notre instruction, la magnifique collection de malades réunie dans son service de la Salpêtrière. Nous n'avons eu qu'un regret, bien vif malgré les circonstances heureuses qui le provoquaient, celui d'en être séparé prématurément quand il fut appelé à la chaire des maladies mentales.

Son successeur par intérim, M. le professeur Raymond, nous a accordé une marque de faveur que nous n'osions espérer, en consentant, avec cette affabilité si connue de tous ceux qui l'entourent, à nous traiter comme son élève.

Il est un de nos maîtres, M. le Dr Moizard, envers qui nous avons contracté une dette que nous ne serons jamais en mesure d'acquitter. Nous nous rappellerons toujours les soins et l'appui moral qu'il nous a prodigués pour nous aider à traverser une épreuve

particulièrement pénible. En quelques semaines de séjour à l'hôpital Trousseau, nous avons pu apprécier ses qualités éminentes de clinicien, plusieurs mois de maladie nous ont révélé son dévouement sans bornes à ses élèves.

Auprès de M. le professeur agrégé Hallopeau à l'hôpital St-Louis, nous avons acquis les éléments de la dermatologie. Puisse notre savoir en cette science que nous n'avons pu qu'entrevoir, dans la courte période qu'il nous a été donné d'y consacrer, ne pas trop déchoir des savantes leçons que nous en avons reçues.

Nous n'oublierons jamais l'enseignement et l'accueil trouvés auprès de M. le Dr Roques, dès le début de notre internat, ni les marques de sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner depuis à maintes reprises.

Un de nos meilleurs souvenirs s'attache aux quelques semaines passées à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Muselier, en qualité d'interne provisoire.

Que nos premiers maîtres dans les hôpitaux : M. le professeur Grancher, MM. les Drs Polaillon, Hutinel, Troisier veuillent bien agréer ici l'expression de nos remerciements les plus sincères, pour nous avoir inculqué les premières notions en médecine et en chirurgie.

Nous remercions M. le Dr Luys de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à nos études ; notre maître et ami M. le Dr Achard qui nous a si souvent aidé de ses conseils et accepté plusieurs fois comme collaborateur.

Définition.

Il est assez difficile, à l'heure actuelle, de donner de la sciatique une définition satisfaisante, cette affection étant en réalité composée de deux éléments très différents, à peu près opposés : la névralgie et la névrite, impossibles à séparer faute de vérification anatomique.

Les auteurs classiques la définissent par un résumé de ses symptômes essentiels : une affection caractérisée par des douleurs dans la sphère du sciatique, tantôt passagères, tantôt d'une durée presque indéfinie, susceptibles de se compliquer de troubles trophiques, liés vraisemblablement à une lésion matérielle du nerf.

Or dans la grande majorité des cas, 62 contre 21, d'après notre statistique, la douleur s'étend à un certain nombre de branches lombaires, s'accompagne de points cruraux, iliaques, inguinaux ; ce qui a amené quelques pathologistes, parmi lesquels M. le professeur Jaccoud (1) et surtout M. Brissaud (2), à remplacer le nom de sciatique par le terme plus général de névralgie ou névrite lombo-sacrée.

C'est en somme la seule façon exacte de comprendre les faits, la seule qui en permette l'étude complète et celle que nous adoptons ; c'est simplement pour la commodité du langage que nous avons conservé le nom de sciatique, bien préférable à ceux de névralgie sciatique, goutte sciatique, ischias (des auteurs allemands), névralgie fémoro-poplitée (Chaussier).

(1) *Path. int.*

(2) BRISSAUD, *Arch. de Neurol.*, janv. 1890.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Etant donnée la netteté de ses caractères et sa fréquence, il est facile de retrouver des descriptions parfaitement reconnaissables de la sciatique dans les auteurs de l'antiquité, dans les œuvres d'Hippocrate (1), Celse (2), Dioscoride (3), Arétée (4), Galien (5), Paul d'Egine (6), des médecins de la Renaissance : Ambroise Paré (7), Arantius (8), Fabrice d'Aquapendente (9), Van Helmont (10), Riolan (11), du siècle suivant : Vater (12), Van Swieten (13), et de la première moitié du XVIII^e siècle : Stock (14), Cheyne (15), Chaussier (16), Home (17) pour nous en tenir aux plus célèbres. Mais s'ils décrivent assez bien la sciatique, tous ne possèdent sur son compte que des idées vagues, la confondent sous le nom d'*ischias* avec les autres affections douloureuses du membre inférieur : la coxalgie, le rhumatisme, la phlébite, et pour

(1) HIPPOCRATE, *De affectionibus*, § 29, t. VI (Littre, Paris, 1861).

(2) CELSE, *De re medica*, lib. IV, chap. 22. *De morbis coxarum*. — Florentiæ, 1478.

(3) DIOSCORIDE, *Dioscoride*, Venetiis, 1499.

(4) ARÉTÉE, *Aretæus chronic.*, lib. II, cap. 12.

(5) GALIEN, *De compositione pharmacorum*, liber decimus, t. III, cap. 4, p. 718. Lugduni, 1550.

(6) PAUL D'EGINE, liv. III, chap. 77.

(7) AMBROISE PARÉ, ancienne édition, p. 227.

(8) ARANTIUS, *De tumoribus*, cap. 63, 1587.

(9) FABRICE D'AQUAPENDENTE, *Œuvres chirurgicales*, Lyon, 1674, p. 742.

(10) VAN HELMONT, *Opera omnia*, Amsterdam, 1652.

(11) RIOLAN, *Encheiridium anatomicum et pathologicum*, lib. V, cap. 3, Paris, 1657.

(12) VATER, *Diss. de Ischiade*, Witeb, 1721.

(13) VAN SWIETEN, *Commentarii*, t. I, p. 67, Leyde, 1761.

(14) STOCK, *Diss. de coxagra sive passione ischiadica*, 1731.

(15) CHEYNE, *On the Gout*, § 71.

(16) CHAUSSIER, *Table synoptique de névralgie*, Paris, an XI.

(17) HOME, *Klinische Versuche*, p. 279.

la plupart, à l'exemple d'Hippocrate, lui assignent comme point de départ l'inflammation des veines.

Il faut arriver aux temps modernes, au napolitain Cotugno (1) (1764), pour en trouver la première description rigoureuse. Se fondant sur le trajet suivi par la douleur, cet anatomiste en fixe le siège dans la sciatique et crée une entité morbide, l'*ischias nervosa postica*, indépendante de l'*ischias nervosa antica* et de l'*ischias arthritica* ou *vera*, *phthisis coxaria* de Riolan, depuis connues sous les noms de névralgie crurale et de coxalgie.

D'une donnée fausse pour principe, l'infiltration œdémateuse du nerf ou son hydropisie par un liquide de même nature que le liquide céphalo-rachidien, qu'il venait également de découvrir, Cotugno aboutit à des conclusions exactes. Par analogie avec les relations qui règnent entre la pleurésie chronique et la rétraction du poumon, il considère la persistance de l'épanchement séreux comme cause de l'atrophie ultérieure du nerf et consécutivement de la diminution de volume du membre qu'il a eu l'occasion d'observer dans plusieurs cas. A ce point de vue, sa description est bien supérieure à celle de ses successeurs Valleix et Romberg qui l'ont en partie copiée, en la déformant, dans le but de l'adapter à leurs théories. Tout en reconnaissant des ressemblances frappantes entre la sciatique et les autres névralgies, surtout la névralgie du cubital, nerf également très superficiel en un point de son trajet, il y voit autre chose qu'une névralgie vulgaire et en fait une affection spéciale, à juste titre dénommée pendant longtemps *maladie de Cotugno*.

Telle est la façon dont est envisagée la sciatique durant près d'un siècle, jusqu'en 1841. Au cours de cette période, la principale préoccupation des médecins est plutôt d'ajouter à sa thérapeutique que d'en compléter l'étude clinique ; dans cet esprit sont conçus les travaux de Rousset (2), Martinet (3), Arloing (4), Jobert (5).

(1) COTUGNO, *De ischiade nervosa commentarius*, Neap., 1764.

(2) ROUSSET, *Dissertation sur la sciatique nerveuse*, Th. Paris, an XII.

(3) MARTINET, Th. Paris, 1818.

(4) ARLOING, *Journal général de médecine*, 1827, p. 293.

(5) JOBERT, *Etudes sur le système nerveux*, Paris, 1838, t. II, p. 648.

Avec Valleix (1841), l'histoire de la sciatique s'enrichit d'un nouveau symptôme. Appliquant à la sciatique la méthode qui lui avait servi à étudier la névralgie faciale et la névralgie intercostale, il découvre une série de foyers douloureux, les points de Valleix, à l'émergence du tronc nerveux et dans les régions où un filet cutané important traverse les muscles ou un plan aponévrotique. Le malheur est que cette découverte l'entraîne à une erreur grave, que faisant table rase des données les mieux établies, il rétrograde sur les idées de Cotugno pour ne plus admettre entre les diverses névralgies et névrites qu'une différence de localisation.

Dans les publications des années suivantes, Ollivier (1), Piorry (2), Rostan (3) se bornent à des œuvres de vulgarisation ; un intérêt spécial s'attache seul au traité de Romberg (4) (1857), qui applique à la sciatique une loi de physiologie expérimentale : la loi de la perception excentrique de J. Müller en vertu de laquelle les douleurs, quel que soit leur point de départ, sont toujours rapportées par le malade aux dernières ramifications du nerf. L'un des moindres défauts de cette hypothèse, comme le fait observer Lasègue, est de ne pas rendre compte de la douleur fixe, qui occupe le tronc nerveux, en particulier son émergence hors du bassin.

Plus tard, la critique des points douloureux est entreprise par Trousseau (1868), qui s'applique à établir la rigueur outrée des descriptions de Valleix, entraîné trop loin par des considérations anatomiques ; lui-même en fait connaître un autre : le point apophysaire.

A en juger par le soin qu'apportent les auteurs précédents à la description de la douleur et de son trajet, on voit qu'ils se préoccupent à peu près exclusivement du symptôme le plus bruyant de la maladie ; ses autres manifestations : les troubles de la sensibilité objective et les amyotrophies, ils les négligent ou les pas-

(1) OLLIVIER, *Sciatique, Dict. en 30 volumes*, t. XXVIII, p. 183.

(2) PIORRY, *Gaz. des hôp.*, 1845, p. 488.

(3) ROSTAN, *Névralgie sciatique, Gaz. des hôp.*, 1846, p. 182.

(4) ROMBERG, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Berlin, 1857. — *Arch. für Psychiatrie*, 1867.

sent presque sous silence ; ceux d'entre eux qui y accordent plus d'importance, comme Notta et Bonnefin, s'inquiètent peu d'en rechercher l'origine, de savoir pourquoi il est des cas où leur développement atteint des proportions considérables, d'autres où ils font entièrement défaut.

En 1864, paraît un mémoire de Lasègue (1) qui imprime aux idées régnantes une direction nouvelle. Ce n'est plus un symptôme isolé qui concentre toute l'attention, mais l'ensemble de l'affection et surtout son évolution. Le grand mérite de Lasègue est d'en avoir isolé deux formes bien distinctes, une *forme bénigne* et une *forme grave* ; cette dernière caractérisée par l'existence de troubles trophiques et vraisemblablement « un état particulier du nerf ». La possibilité d'une névrite est bien près de s'imposer à son esprit, mais il recule devant l'énoncé d'un fait qui ne lui paraît pas suffisamment démontré.

Les années suivantes, sous l'impulsion imprimée par ces notions, les symptômes révélateurs de la sciatique grave sont réétudiés en détail, les troubles de la sensibilité objective par M. Hubert-Valle-roux dans sa thèse inaugurale, les atrophies musculaires par M. Fernet et surtout par son élève M. Landouzy (1875). Etablissant un parallèle entre la névrite avérée, qu'elle soit d'origine saturnine, traumatique, franchement inflammatoire ou expérimentale et les formes graves de la sciatique, M. Landouzy se fonde sur leur identité clinique pour admettre une identité de lésion et créer deux expressions qui ont fait fortune : celles de *sciatique névralgique* et *sciatique névrite*.

Cette théorie, car il manque à l'opinion de M. Landouzy pour entrer dans le domaine des faits établis la démonstration anatomique, trouve en 1890 un nouvel argument dans la découverte par MM. Charcot, G. Guinon et Parmentier des sciatiques partielles amyotrophiques, limitées au poplité externe, qui ne se distinguent de la polynévrite alcoolique que par l'unilatéralité et leur origine en apparence primitive.

(1) LASÈGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1864.

Pendant que se consolident et se complètent les conceptions de Lasègue, d'autres formes, celles-ci fondées non plus uniquement sur des différences d'évolution, mais sur quelques particularités inhérentes à leur étiologie, viennent successivement grossir le bilan de la sciatique :

M. le professeur Fournier (1868) décrit la sciatique blennorrhagique, en s'appuyant sur des faits personnels et en interprétant dans leur sens véritable les observations de Home, question reprise en détail par M. Brisson (1883) et dans laquelle MM. Hayem et Parmentier introduisent un nouveau facteur, en étudiant la méningo-myélite blennorrhagique (1888).

M. Quénu (1892) met en lumière une variété très intéressante : la sciatique des variqueux :

La même année, sous l'inspiration de leur maître M. le professeur Debove, MM. Achard et Soupault établissent l'existence d'une sciatique hystérique, guérissable par l'application des aimants et les diverses pratiques de la suggestion.

En 1890, le professeur Charcot décrit également, à titre de forme spéciale, une sciatique primitive double amyotrophique, importante à distinguer des sciatiques doubles, symptomatiques d'une lésion pelvienne ou rachidienne, de la tuberculose ou du diabète.

D'ailleurs, en dépit de son ancienneté, le chapitre de la séméiologie n'est pas encore entièrement épuisé à cette époque ; entre temps, MM. Charcot, Ballet et Babinski (1886-1888), MM. Debove et Raymond (de Metz) (1891) relèvent deux symptômes, jusque-là passés à peu près inaperçus ; MM. Charcot, Ballet et Babinski la scoliose, MM. Debove et Raymond la polyurie. La scoliose sciatique entrevue quelques années auparavant par Gussenbauer (1878) et Kocher (1879), étudiée presque en même temps (1886) par Albert et Nicoladoni, ne tarde pas à être scindée en deux variétés par M. Brissaud (1890) : la scoliose croisée et la scoliose homologue, auxquelles Remak et Higier adjoignent en 1892 la scoliose alternante. Au sujet de ces variétés, s'élèvent émises par MM. Charcot et Babinski, Brissaud et Lamy, Gussenbauer, Kocher, Albert, Nicoladoni, Schüdel, Bonsdorf, Masurke, Gorhan, Remak, Higier, Salomonsen,

Bruhl et Soupault, Guse, etc., une série de théories, la plupart encore en discussion qui, avec un certain nombre de renseignements historiques de second ordre, trouveront une place mieux circonstanciée dans les chapitres spéciaux.

La question de la polyurie est reprise avec des résultats assez variables, par M. Lépine qui rappelle les recherches de son élève Hugonnard, par M. Mathieu et par M. Huchard, puis contrôlée et résumée, il y a quelques mois, dans la thèse de M. Huyghe (de Lille).

Ces derniers temps, un autre signe vient encore d'être décrit sous le nom de marche en équerre par MM. Weil et Vadon (de Lyon) qui ont analysé la démarche des malades, atteints de sciatique, par la méthode des empreintes ; mais on doit avouer qu'il s'agit là moins d'un signe nouveau que de la création d'un nouveau terme pour désigner un symptôme anciennement connu.

Nous terminerons ce chapitre, en indiquant comme travaux de révision et à titre de renseignements bibliographiques : la thèse de Lagrelette, où est accumulé tout ce qui a trait à la sciatique, jusqu'en 1869, et, parmi les œuvres didactiques : les traités d'Axenfeld, Eulenburg, W. Erb, les articles publiés dans les dictionnaires des sciences médicales, de médecine et de chirurgie pratiques par MM. Lereboullet et G. Homolle, la revue générale de M. Bruhl dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 novembre 1893, reproduite à peu près intégralement dans le *Manuel de médecine* de MM. Debove et Achard, enfin la thèse récente de Gallon (de Lyon) (1894) sur les signes objectifs de la sciatique.

CHAPITRE II

Etiologie et anatomie.

Comme fréquence la sciatique marche à peu près de pair avec les deux névralgies les plus communes, la névralgie intercostale et celle du trijumeau, fréquence imputable au long parcours du nerf, à sa situation en plusieurs points superficiels, ses relations avec le petit bassin et des parties osseuses qui l'exposent à des causes multiples de compression.

D'une extrême rareté dans l'enfance, où son existence a été niée par Pujol (1), mais est attestée par les observations concernant des enfants de 7 à 12 ans rapportées par Cotugno, Gunther (2), Coussays (3), Jadelot (4), Peyrude (5), Rosenthal (6), elle est déjà moins exceptionnelle dans l'adolescence (obs. II), beaucoup plus fréquente à partir de la vingtième année et atteint son âge de prédilection entre 30 et 50 ans [Valleix (7), Eulenburg (8)] pour décroître pendant la vieillesse, bien qu'il ne soit pas rare de la rencontrer chez des sujets ayant dépassé 70 ans.

Le rôle du sexe paraît également bien marqué. La proportion de deux à trois, fixée par Valleix, Eulenburg et Erb en faveur du sexe masculin, n'est contestée que par Romberg qui a trouvé la sciatique un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. A ce point de vue, il y a lieu d'établir une distinction entre la scia-

(1) PUJOL, cité par LAGRELETTE, Th. Paris, 1869.

(2) GUNTHER, cité par TOURNILHAC, in BERINGIER, Th. Paris, 1814.

(3) COUSSAYS, Th. Paris, 1812.

(4) JADELOT, cité par MESNIL, Th. Paris, 1819.

(5) PEYRUDE, Th. Paris, 1817.

(6) ROSENTHAL, *Traité clinique des maladies du système nerveux* (Trad. LUBANSKI, Paris, 1878).

(7) VALLEIX, *Traité des névralgies*.

(8) EULENBURG, *Fonctionnelle Nervenkrankh.*

tique symptomatique et la sciatique essentielle ou constitutionnelle. Autant la première est plus commune chez la femme en raison du contingent qu'elle trouve dans les affections pelviennes, autant la seconde l'emporte chez l'homme dans un rapport que nous avons trouvé encore supérieur à celui de Valleix (37 cas contre 44). Il est vrai qu'il vise exclusivement la clientèle hospitalière, où l'élément masculin est presque toujours représenté en forte majorité.

Certaines professions favorisent l'apparition de la sciatique : celles qui exposent aux intempéries, exigent des efforts violents, des marches prolongées. L'abus de la machine à coudre a été particulièrement incriminé par Seeligmüller (1), Eichhorst (2), M.M. J. B. Charcot et Meige (3).

Sur bien des points, l'étiologie de la sciatique reste entourée d'obscurité. Chez un grand nombre de malades on se trouve dans l'impossibilité de la rattacher à aucune cause connue. C'est dans ces conditions que la sciatique mérite de prendre provisoirement le nom de sciatique essentielle.

Il est indéniable que le froid, surtout le froid humide, intervient assez souvent, d'une façon évidente, au moins à titre occasionnel et Valleix a imputé à cette cause la plus grande proportion de malades qu'il a observée pendant les mois d'hiver. Un fait certain, c'est que souvent, sans que rien puisse en donner l'explication, la sciatique sévit tout à coup sur un grand nombre d'individus à la fois, au point que Lasègue a pu se demander s'il n'existait pas, en pareil cas, une sorte d'épidémicité.

C'est par des influences climatériques et telluriques qu'ont été interprétées les différences de fréquence de l'affection suivant les localités, sa rareté plus grande à Berlin qu'à Paris signalée par Romberg.

On ne saurait nier que la sciatique se rencontre plus souvent sur les individus présentant un ou plusieurs des stigmates mis sur

(1) SEELIGMÜLLER, cité par HOMOLLE, *Dict. Jaccoud*. Art. Sciatique.

(2) EICHHORST, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, p. 95.

(3) CHARCOT et MEIGE, *Progrès médical*, 4 avril 1891.

le compte de l'arthritisme : l'obésité, les varices, la calvitie, l'eczéma, les hémorrhôides, les bronchites à répétition, l'asthme, la lithiase biliaire ou rénale, l'athérome [Romberg, Trousseau, Charcot (1), Huchard (2)], et chez les goutteux. Cotugno en décrivant la goutte sciatique, depuis étudiée par Sauvages (3), Peyrude, Garrod (4), Charcot, avait déjà vu qu'elle se montre tantôt en dehors de l'accès de goutte, tantôt en même temps ou à la suite.

Une sciatique diabétique a été signalée par Erb, Rosenstein (5), Marchal de Calvi, Buzzard (6), Drasche (7), Bernard et Féré (8) et surtout Worms (9).

Les cachexies, la chlorose, si souvent en cause pour la névralgie faciale et la névralgie intercostale, ne tiennent ici qu'un rang très effacé. On en peut dire autant de l'état névropathique, à part les cas établis par MM. Achard et Soupault où ils s'agit de sciatique hystérique.

Les maladies infectieuses chroniques : la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme, entrent dans une assez large mesure en ligne de compte. La phtisie pulmonaire, surtout sa forme chronique (Peter) (10), est au premier chef un des facteurs de la sciatique, non seulement par l'éclosion éventuelle de granulations sur les méninges spinales et les origines du nerf (Friot) (11), mais avant tout, en tant que maladie générale [Joffroy (12), Eisenlohr (13), Pitres et Vaillard (14)]. Quant à la syphilis, bien qu'indiscutable, son action est assez restreinte. Elle est susceptible d'agir à deux

(1) CHARCOT, *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*.

(2) HUCHARD, AXENFELD et HUCHARD, *Traité des névroses*.

(3) SAUVAGES, *Nosologie*, t. II, p. 579, Paris, 1771.

(4) GARROD, *loco citato*.

(5) ROSENSTEIN, cité par HOMOLLE, *Dict. Jaccoud*, Art. Sciatique.

(6) BUZZARD, *The Lancet*, t. I, 1882.

(7) DRASCHE, Diabetische Neuralgien, *Wiener med. Woch*, 1882.

(8) BERNARD et FÉRÉ, *Arch. de neurol.*, 1882, t. IV, p. 336.

(9) WORMS, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2^e série, t. IX.

(10) PETER, *Leçons de clinique médicale*.

(11) FRIOT, Th. Paris, 1879.

(12) JOFFROY, *Arch. de phys.*, 1879, p. 186.

(13) EISENLOHR, *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1879, n° 5, p. 100.

(14) PITRES et VAILLARD, *Rev. de méd.*, 1886.

stades de son évolution : à la période secondaire [M. le professeur Fournier (1), Dubois (2)] et à la période tertiaire, soit directement, soit par l'intermédiaire de néoplasies syphilitiques gommées, exostoses, développées au contact du nerf, sur les organes environnants [Cirillo (3), Astuc (4), J. J. Plenck, Richerand (5), Chupem (6), Gérard (7), Vulpré (8), Gros et Lancereaux (9), Zambaco (10), Bruneau (11), Lagneau (12), Taylor (13)]. Les avis sont partagés en ce qui a trait à l'impaludisme. Si Sauvages (14) a mentionné une sciatique intermittente et Herz (15) placé la sciatique parmi les formes larvées de la malaria, L. Colin (16) regarde les névralgies des membres comme absolument exceptionnelles chez les paludéens, à l'encontre des névralgies faciales ou intercostales.

Les maladies infectieuses aiguës revendiquent, elles aussi, une large part, au moins en ce qui concerne la blennorrhagie, dont M. le professeur Fournier (17) a montré le rôle indiscutable dans l'étiologie d'un certain nombre de sciaticues. Les autres infections : la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, n'ont fourni qu'un très petit nombre d'exemples. Celle qui s'inscrit comme la cause la plus puissante, après la blennorrhagie, est encore le rhumatisme

(1) FOURNIER, *Leçons sur la syphilis*.

(2) DUBOIS, Th. Paris, 1884.

(3) CIRILLO, *Doctrina de morb. vener.*, Viennæ, 1779.

(4) ASTUC. J.-J. PLENSC, cité par LAGRELETTE, Th. Paris, 1869.

(5) RICHERAND, *Nosographie chirurgicale*, Paris, 1808.

(6) CHUPEM, *Dissertation sur la sciatique nerveuse*.

(7) GÉRARD, *Union médicale*, 1852.

(8) VAULPRÉ, *Bulletin thérapeutique*, 1852.

(9) GROS ET LANCEREAUX, *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1861. LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*.

(10) ZAMBACO, *Affections nerveuses syphilitiques*, 1862.

(11) BRUNEAU, *Gaz. hôp.*, 1864, p. 418.

(12) LAGNEAU, *Affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1880.

(13) TAYLOR, *New-York medical journal*, 1880.

(14) SAUVAGES, *loco citato*.

(15) HERZ, cité par HOMOLLE, *Dict. Jaccoud*, Art. Sciatique.

(16) COLIN, *Traité des fièvres intermittentes*.

(17) FOURNIER, *Union médicale*, 9 novembre 1868.

articulaire aigu [Jones (1), Landry (2)], qui détermine une névralgie de courte durée, se montrant d'ordinaire au début des manifestations articulaires.

Parmi les intoxications, l'alcoolisme et le saturnisme [Tanquerel des Planches (3), Lagrelette (4), Dreyfous (5)] semblent participer à la genèse de la sciatique, dans une mesure et avec un rôle encore mal élucidés, leur résultat étant plutôt de provoquer des polynévrites périphériques. Une incertitude plus grande règne à l'égard de la sciatique des intoxications chroniques produites par le mercure chez les mineurs (Hermann); le tabac (Van Lair), l'oxyde de carbone (Leudet) (6).

Aux causes locales revient une grande part dans la production de la sciatique. Les traumatismes de toute sorte : piqûres du nerf, plaies par instruments tranchants, par armes à feu, les fractures, celles du bassin en particulier, les contusions, la provoquent assez souvent; seulement ainsi que le font observer le professeur Charcot (7) et M. Bouilly (8), tandis que les traumatismes graves entraînent l'atrophie du membre plutôt que des phénomènes douloureux, ceux-ci sont surtout l'apanage des lésions superficielles ou des dernières ramifications du nerf. La contusion n'est pas fatalement brusque, elle peut être la conséquence d'une compression lente et soutenue, comme c'était le cas pour le valet de pied cité par Piorry qui accomplit le voyage de Rome à Paris mal assis sur le siège d'une calèche.

Ailleurs la cause de la compression ou de l'irritation n'est plus un agent extérieur, mais réside dans l'organisme lui-même; le nerf est exposé à se heurter, chemin faisant, à une série d'obsta-

(1) JONES, *Observations cliniques sur les désordres nerveux fonctionnels*. Londres, 1864.

(2) LANDRY, *Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses*. Paris, 1855.

(3) TANQUEREL DES PLANCHES, *Traité des maladies du plomb*, t. I, p. 503.

(4) LAGRELETTE, Th. Paris, 1869.

(5) DREYFOUS, *Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1881, p. 229.

(6) LEUDET, *Arch. gén. de méd.*, 1865, t. I, p. 513.

(7) CHARCOT, *Leçons des maladies du système nerveux*, t. III, p. 124.

(8) BOUILLY, Contusion du siatique, *Arch. gén. de méd.*, 1880, t. II, p. 656.

cles pathologiques : masses variqueuses enflammées (Quénu) (1), anévrysmes poplités, tumeurs blanches du genou et de la hanche, cals vicieux, lésions ostéo-périostiques du fémur, de l'os iliaque, du sacrum, relevant de la tuberculose, de la syphilis, d'une tumeur bénigne, d'un sarcome ou d'un cancer. Dans le bassin s'accumulent les plus importants et les plus nombreux, multipliés surtout chez la femme : fibromes, cancers de l'utérus, kystes de l'ovaire, pelvipéritonites, cancers du rectum, de la prostate, adénopathies, anévrysmes, etc. A ces causes se rattache la grossesse, dont l'influence se fait sentir à ses deux périodes extrêmes : au début, quand l'utérus est encore enclavé au-dessous du détroit supérieur et à la fin, à l'époque où commence à s'effectuer l'engagement. Le même phénomène se répète au moment de l'accouchement quand celui-ci est laborieux ou compliqué d'intervention.

Sur le trajet de ses racines, le nerf rencontre les affections du rachis, le mal de Pott sacro-lombaire, le cancer vertébral, et près de leur insertion à la moelle : les plaques de méningite tuberculeuse (Peter, Friot), la méningo-myélite blennorrhagique (Hayem et Parmentier), les lésions radiculaires et méningées du tabes,

Quelques cas analogues à ceux de Piorry et de Brown-Séquard où la sciatique aurait guéri par l'avulsion d'une dent douloureuse ont été rattachés par Piorry, Sauvages, Lisfranc, Tripier (2), Brown-Séquard à une action réflexe. Leur valeur a beaucoup diminué depuis que l'on connaît mieux la pathogénie d'une série d'autres phénomènes considérés autrefois comme du même ordre, que l'on est familiarisé avec l'intervention fréquente de l'hystérie dans un grand nombre d'affections.

Si, au total, la question de l'étiologie de la sciatique est loin d'être entièrement élucidée, nous sommes tenu d'avouer que notre ignorance est encore plus grande en ce qui a trait à sa nature et à l'état anatomique du nerf. Le cas d'infiltration œdémateuse du tronc nerveux rapporté par Cotugno était lié à une altération cadavéri-

(1) QUÉNU, *Gaz. des hôp.*, 1892.

(2) TRIPIER, *Mémoire sur les névralgies réflexes.*

que et n'a qu'un intérêt purement historique. Celui de Martinet (1), où fut constatée l'infiltration purulente, n'a rien à voir avec la variété de sciatique dont nous nous occupons. On peut en dire autant des dilatations variqueuses dont parlent Bichat (2), Romberg et Chaussier (3) et qu'a étudiées, il y a quelques années, M. Quénu (4). Quant aux autopsies relatées par Siebold, Récamier, Martinet (5), Gendrin (6), Marjolin, Dupuytren, Andral, qui ont noté l'injection du nerf malade, elles ont été pratiquées d'une façon trop élémentaire pour qu'on soit en droit d'en tirer des conclusions valables. Restent en fait d'observations plus rigoureuses, celles de Gubler et Charles Robin (1860), Leudet (1873), M. Fernet (1878), Tripier, remarquables par leurs résultats contradictoires (7). M. Fernet, chez un sujet dont la sciatique ne datait que d'un mois, a trouvé un peu d'injection du nerf sans altération bien manifeste à l'examen microscopique. Par contre, Leudet a vu dans une sciatique ancienne l'épaississement du névrilème et l'accumulation de graisse dans les espaces interfasciculaires autour de tubes nerveux qui paraissaient sains. C'est l'observation de Tripier qui révéla la lésion la plus avancée en montrant une sclérose interstitielle bien constituée sur un fragment de nerf réséqué par M. Ollier. Seulement il s'en faut que la longue évolution de la maladie et même l'existence d'amyotrophies, concordent toujours avec une altération profonde, même avec une altération appréciable du nerf : dans l'examen de Gubler et Ch. Robin, le résultat demeura négatif bien qu'il s'agît d'une sciatique ancienne avec atrophie.

Les quelques autres exemples que l'on pourrait fournir n'apporteraient rien de nouveau à la solution du problème. Jusqu'à plus ample informé la division en sciatique névralgique et sciatique névrite ne doit être considérée que comme une classification clinique,

(1) MARTINET, Th. Paris, 1803.

(2) BICHAT, *Anatomie générale*.

(3) ROMBERG et CHAUSSIER, rapporté par BAILLY, Th. Paris, 1803.

(4) QUÉNU, *loco citato*.

(5) MARTINET, *loco citato*.

(6) GENDRIN, *Hist. anat. des inflammations*, Paris, 1826.

(7) Résumées par M. HOMOLLE, *Dict. Jaccoud*, Art. Sciatique.

ainsi que l'a d'ailleurs avancé son auteur, dont on dénaturerait l'opinion en y attachant une signification que nos procédés actuels d'investigation, joints à la pénurie d'autopsies, ne sauraient légitimer. La sciatique n'étant pas une maladie mortelle, il s'en faudra probablement de longtemps avant que l'on se trouve à même de faire le départ entre ce qui revient à la névralgie et à la névrite. Apparemment cette affection masque une série d'états morbides des plus disparates et désigne plutôt un syndrome qu'une affection bien déterminée ayant son autonomie.

CHAPITRE III

Symptômes.

Au point de vue symptomatique, la sciatique est essentiellement une affection douloureuse où tantôt la douleur résume presque toute la maladie, tantôt le nerf est atteint à la fois dans la totalité de ses fonctions : sensitives, motrices, trophiques et sécrétoires ; ce qui a amené Lasègue et M. Landouzy à en distinguer deux formes : la forme bénigne ou névralgique et la forme grave ou névritique. Quoi qu'il en soit, c'est toujours la douleur qui est le phénomène initial avec des caractères différents d'une variété à l'autre.

Brusque et intense presque d'emblée, dans la forme névralgique où elle se révèle d'habitude à l'occasion d'un effort ou d'un mouvement, elle s'établit, au contraire, dans ceux des cas qui répondent à la sciatique névrite par un début insidieux, un endolorissement vague sur le trajet du nerf en un point limité : les lombes, la partie postérieure de la hanche, plus rarement le creux poplité ou le mollet. Il n'est pas rare qu'il lui faille plusieurs semaines, plusieurs mois, avec des péripéties d'augment et de rémission avant d'atteindre son apogée et son maximum d'extension.

Une fois constituée, elle se montre sous deux aspects : des accès ou paroxysmes et une douleur continue qui occupe les périodes d'accalmie. Les accès sont souvent extrêmement violents au point d'arracher des cris aux hommes les plus énergiques. Ce sont des douleurs atroces sous forme d'élancements qui sillonnent le membre de haut en bas, le long du trajet du nerf des lombes jusqu'à la malléole, en s'accompagnant quelquefois de spasmes, de convulsions cloniques ou de contractures. Le malade interrogé sur le siège de ses souffrances, indique du doigt avec une précision anatomique le trajet du sciatique. C'est là la forme habituelle ; il

est plus rare de voir la douleur suivre une marche ascendante ou se limiter en un point fixe bien localisé ; mais dans son parcours, il est constamment des régions où elle se fait sentir avec plus d'intensité, telles les lombes, l'échancrure sciatique, le creux poplité, le col du péroné. Elle n'est pas toujours placée par les malades au même niveau : pour les uns elle est superficielle, presque cutanée, pour d'autres elle est profonde et semble résider dans les muscles ou les os sans qu'il soit possible d'établir sur ce point une règle précise.

La durée des crises est extrêmement variable, d'un quart d'heure à plusieurs heures. Il est des cas où elles se succèdent pendant trois et quatre jours presque sans interruption, où le patient, en proie à une série d'accès subintrants, traverse un véritable état de mal, pendant lequel il est incapable de goûter un instant de repos ; le moindre déplacement, les efforts exigés par la toux, l'éternûment, la miction, la défécation, tout est prétexte à l'exaspération de ses douleurs et on en a vu (Ollivier, d'Angers) dont les souffrances étaient telles, qu'elles les ont entraînés au suicide. Dans les cas ordinaires, où la durée des accès est beaucoup plus limitée, ceux-ci se répètent, à intervalles inégaux, une ou plusieurs fois dans la journée, spontanément ou rappelés par l'incident le plus futile. La marche est loin d'avoir sur ces crises une influence toujours la même ; à côté des malades en majorité, chez qui elle provoque ou exaspère les paroxysmes, il en est d'autres qui y trouvent un moyen très efficace de soulagement, qui au lieu de rester immobiles au lit pendant la durée de leur accès, changent incessamment de place et d'attitude.

La nuit exerce habituellement une action défavorable, les accès nocturnes non seulement sont plus nombreux mais encore plus intenses et plus prolongés.

Que les crises soient éloignées ou rapprochées, il subsiste dans leur intervalle un endolorissement continu, qui est un des traits particuliers de la sciatique. La remarque a été faite par presque tous les observateurs que la douleur continue occupe ici une place incomparablement plus importante que dans les autres névralgies

et tend à faire de la sciatique une affection à part. Elle consiste en une souffrance sourde, une lourdeur, un engourdissement, une sensation de fatigue, de picotements, de brûlure, suivant les individus ; sensations parfois obtuses et vagues, indéfinissables, pénibles, plutôt que vraiment douloureuses, qui se font sentir sur le trajet du tronc nerveux, principalement dans ses parties supérieures ; vers l'échancrure sciatique, à la cuisse, au creux poplité ; plus rarement elles s'étendent ou se localisent, au genou, au mollet, à la région malléolaire externe. Chez la plupart des malades, cette douleur est calmée par le repos, exaltée par l'exercice et la fatigue bien qu'on soit exposé à rencontrer des cas où ce sont au contraire les mouvements et la marche qui ont la propriété de l'atténuer. Son intensité varie d'ailleurs beaucoup suivant qu'il s'agit d'une névralgie ou d'une névrite : dans la névralgie elle est peu accusée et toujours très tolérable, tandis que dans la névrite invétérée les proportions qu'elle atteint sont telles qu'elle constitue la partie essentielle du syndrome douloureux, les paroxysmes n'étant dans cette variété que des épisodes relégués au second plan.

A ces renseignements fournis par le patient l'exploration à l'aide du palper en ajoute un autre, elle montre que la réaction provoquée à la pression n'est pas égale sur toutes les parties accessibles du nerf, qu'il est des régions où elle est à peu près nulle, d'autres, les points douloureux de Valleix, où elle se montre extrêmement accusée.

Le plus élevé est le point lombaire, immédiatement au-dessus du sacrum ; Romberg, qui l'a rencontré dans le tiers des cas, lui assigne pour origine les racines de la queue de cheval fournies par le sciatique.

Au-dessous, se place le point *sacro-iliaque*, presque pathognomonique d'après Valleix, qui l'appelait *point douloureux de l'épine iliaque postérieure et supérieure*. C'est un des foyers les plus constants de la sciatique. Son siège n'est pas exactement celui de l'articulation sacro-iliaque, il descend le long du bord du sacrum jusqu'à l'insertion du coccyx, répondant à la base du plexus sacré

(Lagrange). M. Lereboullet (1) fait observer que souvent on est obligé d'y exercer une pression soutenue quelques instants avant d'éveiller la réaction douloureuse.

Vient ensuite le point *fessier* ou *ischiatique*, *point moyen* de Valleix, le plus important pour Erb. Situé au sommet même de l'échancre sciatique, il a son maximum à la sortie du nerf hors du bassin.

Le point *trochantérien*, dit encore *rétrochantérien*, *point inférieur* de Valleix, répond au passage du sciatique entre le grand trochanter et l'ischion et est le siège habituel de la douleur continue.

Autour de cette série de points échelonnés des lombes au pli fessier, se groupent plusieurs foyers accessoires, en dedans, le *point apophysaire* de Trousseau, le long de la crête du sacrum, en dehors, le *point iliaque* ou *supérieur* de Valleix, vers le milieu de la crête iliaque un peu au-dessous des attaches du grand fessier. Son point de départ est difficile à préciser. Valleix le fait résider dans la branche transverse du fessier supérieur qui passe à égale distance de la ligne courbe inférieure et du grand trochanter, Romberg dans les dernières divisions cutanées du nerf. D'après M. Lereboullet on le rencontrerait surtout chez la femme dans les lésions viscérales du petit bassin.

Du pli fessier à la face postérieure du genou, la douleur forme un trajet continu le long du tronc nerveux que Valleix a décomposé en trois points : les *points fémoraux* supérieur, moyen et inférieur, en réalité confondus les uns avec les autres, sans délimitation possible. Elle est profonde, diffuse, bien différente de la douleur suraiguë que détermine la pression sur la grande échancre sciatique. Souvent dans des cas qui se rattachent à la névrite, on sent rouler sous le doigt vers la partie inférieure de la cuisse le tronc du nerf épaissi et directement douloureux.

Le foyer suivant, point *poplité*, participe des mêmes attributions que les points fémoraux, à cette différence qu'il est en général

(1) Dict. Dechambre, article Sciatique.

plus accusé. Son siège en dehors de la ligne médiane l'a fait placer à l'origine du sciatique poplitée externe.

Sur ce nerf, à l'endroit où il contourne le tiers supérieur du péroné, se trouve un des points les plus importants de la sciatique, le point *péronier*, que sa fréquence et son intensité placent immédiatement après les points sacro-iliaque et fessier et que Cotugno donnait comme lieu d'élection pour l'application des révulsifs.

Sont au contraire beaucoup moins précis et font souvent défaut les points *péronéo-tibial* sur l'articulation du même nom, et *rotulien*, au côté externe de la rotule.

À la jambe n'existe pas de zone douloureuse bien déterminée, on provoque une douleur obtuse à la pression sur le tibial antérieur au-devant du cou-de-pied, une un peu mieux accusée le long du bord externe et de la face postérieure du péroné ; le principal foyer réside dans la masse du mollet au niveau de la cloison fibreuse des muscles jumeaux.

Au delà, n'existe plus qu'un point véritablement important, le point *malléolaire externe*, en arrière de la malléole péronière.

Le point calcanéen ou talonnier décrit par Lagrelette sur les faces inférieure et interne du talon, est explicable par la présence d'un filet du rameau sus-malléolaire du tibial postérieur.

Valleix mentionne en outre un point dorsal du pied et des orteils, des points plantaire externe et plantaire interne.

Il s'en faut que l'affection reste toujours limitée à la sphère du sciatique, il est commun de la voir se propager aux branches collatérales du plexus sacré, au nerf honteux interne, à la branche génitale du petit sciatique, d'où l'annexion de points périnéaux, scrotaux, vulvaires. Dans près des deux tiers des cas comme l'ont montré M. Jaccoud et M. Brissaud, on relève des points douloureux sur les branches collatérales et terminales du plexus lombaire : aux lombes, au flanc, dans la fosse iliaque, contre l'épine iliaque antéro-supérieure, à la base du triangle de Scarpa, sur le bord interne de la cuisse au canal inguinal. Chez un de nos malades (obs. II) la douleur s'étendait même aux deux derniers nerfs intercostaux.

Par contre elle peut rester limitée à un ou plusieurs foyers, aux lombes, à la fesse, au creux poplité.

Un mode d'exploration du sciatique aussi important que la recherche des points douloureux est la manœuvre de Lasègue, qui consiste à fléchir la cuisse sur l'abdomen, la jambe d'abord en flexion puis en extension. Le premier temps s'exécute librement contrairement à ce qui a lieu dans la coxalgie, tandis que le second provoque immédiatement une douleur vive par distension du nerf. Il va à l'encontre de l'attitude que prend instinctivement le malade atteint de sciatique. Debout, celui-ci se tient la totalité du poids du corps portée sur le côté sain, le membre douloureux en flexion et en rotation externe, symptôme qui se retrouve pendant la marche et a fait donner à cette dernière par M. Vadon (1) le nom de marche en équerre. Le malade s'avance le tronc incliné en avant en exécutant des oscillations régulières du haut du corps comparables à des mouvements de salutation.

Toutefois l'impotence relative du membre n'est pas imputable en totalité à la douleur ; à cet élément s'adjoint fréquemment une parésie motrice, bien vue par Romberg et par Notta, que Manu (2) ces dernières années a trouvée 19 fois sur 27 cas, et surtout des amyotrophies généralisées ou localisées à certains groupes musculaires qui caractérisent la sciatique névrite.

Elles marchent d'habitude de pair avec des troubles de la sensibilité objective, des anesthésies inégalement réparties, souvent avec des troubles trophiques cutanés : un œdème chronique, des dermites, le développement exagéré ou la chute des poils, des éruptions érythémateuses furonculaires, phlycténulaires, du zona bien qu'il soit incomparablement plus rare ici que dans les autres névrites. L'arthrite chronique du genou avec ou sans épanchement a été également signalée. Plus fréquents sont les simples troubles vasomoteurs, la cyanose, l'exagération ou l'abolition des sécrétions, les modifications de la température locale, assez rarement élevée (un cas de G. de Mussy cité par Lagrelette), presque toujours

(1) VADON, Th. Lyon 1894.

(2) MANU, *Résumé Semaine médicale*, 1893, p. 504.

abaissée, quelquefois de plusieurs degrés (cinq degrés dans un cas de Bonnefin) (1).

A des phénomènes de même ordre, se rattachent non seulement les modifications des réflexes rotuliens, dont l'état est des plus variables, mais aussi la polyurie décrite par MM. Debove et Rémond (2) (de Metz) que nous nous contenterons de mentionner comme les amyotrophies, les troubles de la sensibilité objective et la scoliose, ces symptômes ne pouvant être exposés au complet que dans des chapitres spéciaux.

(1) BONNEFIN, *loco citato*.

(2) DEBOVE et RÉMOND, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, oct. 1891.

CHAPITRE IV

Troubles de la sensibilité objective.

Ces troubles, beaucoup plus discrets que ceux de la sensibilité subjective, n'étaient connus que par un petit nombre d'observations dues à Rousset (1), Martinet (2), Gonthier Saint-Martin (3), Grisolle (4), Notta (5) avant 1870, époque où parut la thèse de M. Hubert-Valleroux (6) qui s'est livré sur ce sujet à une étude très minutieuse, à laquelle il ne manquait pour être complète que quelques détails apportés incidemment par MM. Landouzy, G. Guinon et Parmentier (7), Achard et Soupault (8), dans leurs descriptions des sciaticques névrite, partielle, amyotrophique et hystérique.

Ils constituent un symptôme extrêmement fréquent, constant même pour Valleroux, symptôme quelquefois très précoce, apparaissant dès les premiers jours et susceptible de se manifester sous deux formes : l'anesthésie qui en est le mode le plus habituel et l'hyperesthésie dont les cas représentent au contraire l'exception. Si elles ne s'excluent pas réciproquement, leur coexistence paraît du moins tout à fait exceptionnelle, nous n'en connaissons guère qu'un exemple appartenant à Rosenthal (9), dans lequel l'anesthésie de la face antérieure de la cuisse coïncidait avec l'hyperesthésie du mollet.

(1) ROUSSET, Th. Paris, 1804.

(2) MARTINET, *Du traitement de la sciatique*, Paris, 1829.

(3) GONTHIER SAINT-MARTIN, Th. Paris, 1835.

(4) GRISOLLE, cité par NOTTA.

(5) NOTTA, *Arch. gén. de méd.*, 1854. Mémoire sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies.

(6) HUBERT-VALLEROUX, Th. Paris, 1870.

(7) G. GUINON et PARMENTIER, *Arch. de neurol.*, 1890, p. 178.

(8) ACHARD et SOUPAULT, *Gaz. des hôp.*, 21 juillet 1892.

(9) ROSENTHAL, *Loco citato*.

L'anesthésie est rarement complète, il s'agit le plus souvent d'hypoesthésie, parfois très peu marquée, dont les malades n'ont pas conscience, à part quelques-uns chez qui la zone envahie est le siège d'engourdissement, de sensations de fourmillement ou de brûlure, comme dans la névrite alcoolique. Toujours l'altération a porté à la fois parallèlement sur les divers modes de la sensibilité. Elle est tantôt généralisée, tantôt circonscrite.

Dans le premier cas, selon que l'affection intéresse le sciatique seul ou tout le plexus lombo-sacré, les troubles de la sensibilité s'étendent de la crête iliaque aux orteils en respectant les parties antérieure de la cuisse et interne de la jambe ou existent également en avant jusqu'aux environs du pli de l'aîne. Les limites de cette anesthésie sont extrêmement indécises ; on ne passe que progressivement de la sensibilité normale à l'anesthésie par une zone limitrophe large de plusieurs centimètres dont il est difficile de déterminer les frontières toujours irrégulières et sinueuses.

Il se peut que tout en recouvrant une surface très étendue, l'anesthésie ne soit pas complètement généralisée ; c'est ce qui avait lieu chez un de nos malades (obs. V) où distante de quatre travers de doigt de la partie interne du pli de l'aîne, elle restait en dehors du territoire du nerf inguino-cutané et chez un second (obs. VI) dont elle épargnait la région fessière.

Un de ses autres caractères est le manque d'uniformité ; à côté de points à peine modifiés, d'autres ont une sensibilité très diminuée ou abolie, situés de préférence dans les régions que nous verrons être le siège habituel de l'anesthésie circonscrite, l'angle supérieur du creux poplité, le tiers inférieur de la jambe, le bord externe et la plante du pied, les points de Valleix, plus rarement le territoire d'une ou plusieurs branches nerveuses bien déterminées : la fesse et la face postérieure de la cuisse, la région plantaire et le quart inférieur du mollet comme dans nos observations VII et II, c'est-à-dire les territoires cutanés tributaires du petit sciatique et du tibial postérieur.

Par ses attributions, cette anesthésie généralisée diffère fondamentalement de l'anesthésie hystérique que l'on est également exposé à

rencontrer dans la sciatique, qu'il s'agisse d'une simple coïncidence ou que la sciatique, au même titre que d'autres affections nerveuses, ait joué à l'égard de l'hystérie le rôle d'agent provocateur. Autant l'anesthésie liée à la sciatique est irrégulière dans ses limites et variable d'un point à l'autre, autant celle de l'hystérie se distingue par des caractères inverses : sa configuration géométrique et une limite brusquement arrêtée en ligne droite au pli de l'aîne, à la crête iliaque (obs. XIV) ou à la ceinture (obs. XV), même lorsqu'il existe sur le reste de la moitié du corps une légère hypoesthésie de même nature.

Il ne faudrait pas prendre pour des anomalies à cette règle, les cas où les deux variétés de troubles de la sensibilité marchent de front et où sur la surface d'hypoesthésie hystérique se disséminèrent des plaques d'anesthésie névritique ; en pareil cas, elles se distinguent toujours l'une de l'autre en ce qu'elles conservent chacune, de leur côté, leurs caractères individuels, l'hypoesthésie hystérique sa régularité, l'anesthésie liée à la névrite ses contours effacés et sa répartition inégale. Chez un malade de MM. G. Guinon et Parmentier (1), l'anesthésie d'origine organique occupait la partie antéro-externe de la jambe et du pied, alors que l'anesthésie hystérique remontait jusqu'au pli de l'aîne. La distinction était d'autant plus facile à établir que l'anesthésie hystérique épargnait la sensibilité tactile et se retrouvait du côté opposé sous forme d'hémianesthésie avec la même particularité.

Pour ce qui est de la variété d'anesthésie circonscrite, il y a lieu d'en distinguer deux types : un type très commun où celle-ci n'occupe qu'un territoire minuscule, et mérite le nom proposé par Valleroux d'anesthésie parcellaire, un autre plus rare, dans lequel la surface d'anesthésie, relativement étendue, répond à la distribution d'une ou plusieurs branches nerveuses importantes. L'anesthésie parcellaire exige d'être recherchée avec soin, attendu qu'elle se réduit souvent à une plaque unique d'un à deux centimètres carrés rappelant de très près celles de l'anesthésie insulaire

(1) G. GUINON et PARMENTIER, *Arch. de neurol.*, septembre 1890.

du tabes. Bien qu'aucune région n'y échappe quelques-unes constituent des lieux d'élection tels que le tiers inférieur de la jambe, le bord externe du pied, les points douloureux de Valleix et avant tout l'angle supérieur du creux poplité. Sa présence au niveau des points de Valleix engendre une sorte de dissociation entre la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde, entre la sensibilité subjective et la sensibilité objective.

La seconde variété d'anesthésie circonscrite, celle qui s'adresse aux cas plus rares où l'altération de la sensibilité porte sur le territoire d'une branche nerveuse importante, est réalisée sous sa forme typique par une observation de Notta (1), où le domaine de l'anesthésie s'étend à la fesse et à une partie de la face postérieure de la cuisse, autrement dit à la région desservie par le petit sciatique. Notta y relate en outre cette particularité, qu'en excitant par la piqûre la périphérie de la plaque, on pouvait rétrécir à volonté le champ de l'anesthésie et même en amener la suppression momentanée.

A ce groupe appartiennent nos observations XVII et XVI. Dans l'observation XVII, existe sur la face externe de la cuisse une bande d'anesthésie complète de la largeur de la main qui commence un peu au-dessous du grand trochanter pour s'arrêter à 4 travers de doigt de la rotule, couvrant le territoire animé par les branches de l'inguino-cutané externe ; dans l'observation XVI, la distribution de l'anesthésie est à peu près celle du nerf musculo-cutané, complète à la face dorsale du troisième et du quatrième orteil, incomplète sur les deux tiers externes du dos du pied, elle se perd graduellement au-devant de l'articulation tibio-tarsienne. L'intégrité des deux premiers orteils trouve sa raison d'être dans une disposition anatomique, l'existence de la branche collatérale profonde, émanée du tibial antérieur.

Se rangent dans la même catégorie, les anesthésies plantaires, les anesthésies bornées au dos du pied, à la partie antéro-externe de la jambe. Toujours la zone anesthésiée est plus étroite que le

(1) NOTTA, reproduite in-extenso dans les thèses de LAGRELETTE et de HUBERT VALLEROUX.

domaine assigné par l'anatomie au nerf correspondant en raison des anastomoses échangées à la périphérie avec les filets nerveux voisins.

Viennent enfin les cas plus complexes, assez fréquents où l'anesthésie englobe à la fois plusieurs branches adjacentes, règne sur la totalité du pied, la partie inférieure de la jambe ou occupe irrégulièrement une surface étendue du membre, ainsi qu'on l'observe dans la névrite alcoolique ou saturnine.

Ce que nous venons de dire au sujet de l'anesthésie nous permettra d'être bref en ce qui concerne l'hyperesthésie, les deux formes étant à tous les points de vue calquées l'une sur l'autre, à part cette différence que l'exagération de la sensibilité, au lieu d'être un accident banal, presque constant, doit être tenue pour exceptionnelle. En dehors de cette divergence, on peut appliquer à l'hyperesthésie tout ce qui a trait à l'anesthésie et comme pour cette dernière adopter la division suivante en trois variétés :

1° *Hyperesthésie généralisée* au territoire douloureux avec foyers maxima affectant les mêmes dimensions et les mêmes localisations habituelles que l'anesthésie.

2° *Hyperesthésie circonscrite*, répondant assez exactement à la distribution d'une ou plusieurs branches nerveuses bien déterminées comme dans un cas où nous l'avons vue localisée au mollet et à la plante du pied (obs. X).

3° *Hyperesthésie parcellaire*, ne se distinguant en rien par ses dimensions exigües, sa distribution et ses sièges de prédilection de la forme anesthésique correspondante.

Un fait toutefois se dégage de l'analyse des observations d'hyperesthésie, c'est que cette dernière paraît appartenir d'une façon à peu près exclusive aux sciatiques névralgiques tandis que l'anesthésie, en particulier lorsqu'elle envahit un territoire étendu, est l'apanage de la sciatique névrite (Landouzy). Il n'y a d'exception que pour l'anesthésie parcellaire, sujette à se rencontrer indifféremment dans les deux cas (Valleroux).

Une dernière considération, digne d'intérêt, est que l'anesthésie

circonscrite au territoire d'un rameau nerveux marche souvent de pair avec l'atrophie des muscles sous-jacents innervés par le même nerf, en sorte qu'il y a parallélisme fréquent entre les amyotrophies et les troubles sensitifs.

CHAPITRE V

Amyotrophies.

Après la douleur, les amyotrophies constituent, par leur fréquence et leur gravité, le principal symptôme de la sciatique ; néanmoins elles n'occupèrent longtemps dans les descriptions qu'une place tout à fait accessoire, comme l'attestent non seulement les observations d'Ambroise Paré (1), Francis Home (2), Masson (3), Louis, Joseph Franck (4), Reveillée-Parise (5), Gonthier Saint-Martin (6), Piorry (7), Notta, mais encore les traités d'Axenfeld, Monneret, Grisolle, Niemeyer, Hardy et Béhier.

Bonnefin (8) est le premier qui en note la fréquence et les relations avec certaines formes de sciatique ; seulement parmi ces dernières, il place à côté des sciatiques de longue durée, les sciatiques intenses, celles justement qui, d'après la remarque de Lasègue, semblent échapper le plus souvent à l'atrophie. Tandis que ses prédécesseurs avec Valleix et Nona attribuent l'amyotrophie au repos forcé auquel est condamné le membre douloureux, il fait valoir contre leur opinion un argument qu'avaient déjà soulevé Notta (9) et Bosc (10), l'unilatéralité de la lésion chez les malades

(1) AMBROISE PARÉ, *Œuvres complètes*. Edit. MALGAIGNE, t. III, liv. XXI chap. XII, XXVII.

(2) FRANCIS HOME, *Chemical Experiments and histories*, Edimburg, 1780.

(3) MASSON, Th. Paris, 1817.

(4) JOSEPH FRANCK, *Traité de Pathologie interne*, Trad. de BAYLE, t. III, p. 300 et suiv.

(5) REVEILLÉE-PARISE, *Arch. de méd.*, t. IX, 1^{re} série, p. 478.

(6) GONTHIER ST-MARTIN, Th. Paris, 1835.

(7) PIORRY, *Traité de méd. pratique*, t. VIII, Paris, 1850.

(8) BONNEFIN, Th. Paris, 1860. *De l'atrophie musculaire consécutive aux névralgies*.

(9) NOTTA, Mémoire sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1854 et suiv.

(10) BOSCH, Th. Paris, 1859.

alités et son existence dans des cas où le membre était secoué de mouvements convulsifs. Pour lui le trouble trophique est subordonné à l'état morbide du nerf par l'intermédiaire d'une action réflexe vaso-motrice entraînant l'abaissement de température et l'anémie.

Quelques années plus tard, Lasègue (1) établit la distinction en sciatique bénigne et en sciatique grave, d'après l'absence ou l'existence de l'amyotrophie, puis M. Fernet (2) et surtout M. Landouzy (3) reprennent les données de Lasègue en y introduisant un facteur nouveau, l'hypothèse d'une névrite dans la forme grave ou amyotrophique par analogie avec les polynévrites alcooliques, saturnines, traumatiques ou expérimentales.

Une dernière acquisition dans cet ordre d'idées est réalisée en 1890, grâce au mémoire de MM. Guinon et Parmentier (4), inspiré par M. Charcot sur la sciatique avec paralysie amyotrophique du poplité externe.

Il n'est guère de membre en proie à la sciatique depuis cinq à six semaines qui échappe complètement à l'atrophie sinon appréciable à la vue du moins à la mensuration.

Toutes ces atrophies cependant ne paraissent pas appartenir à la même variété et il y a lieu pour le moins d'en distinguer deux principales : une variété bénigne et une variété grave, différentes par leur évolution, leur durée et leur pronostic.

La première variété, qui ne survient qu'à la longue, souvent dans des cas où la douleur se rattache nettement au type névralgique, est toujours très peu prononcée et a besoin pour être mise en évidence d'un examen minutieux. Elle disparaît rapidement sans laisser de traces, en même temps que les crises douloureuses. Bien que MM. Fernet et Landouzy ne paraissent pas admettre la possibilité de l'atrophie, même légère, en dehors de la névrite, il y a lieu de se demander si un certain nombre de ces cas ne relèvent

(1) LASÈGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1864.

(2) FERNET, *Arch. gén. de méd.*, avril 1878.

(3) LANDOUZY, *Arch. gén. de méd.*, 1875.

(4) GUINON et PARMENTIER, *Arch. de neurol.*, 1890.

pas uniquement d'un simple trouble fonctionnel, d'autant plus que, même dans les atrophies graves, l'existence constante de la névrite est loin d'être rigoureusement démontrée. Pour ce qui est des atrophies légères survenant de très bonne heure, du quinzième jour à la troisième semaine après le commencement des douleurs, on est à peu près d'accord pour les imputer théoriquement à une névrite subaiguë.

Les amyotrophies graves ont pour caractéristique leur apparition habituellement précoce et une aggravation rapide, au point que M. Fernet a pu constater une diminution de la cuisse de 4 centimètres dès le quatorzième jour. En cela, elles diffèrent beaucoup de la variété précédente qui ne se montre que très tard avec une évolution des plus lentes et sans manifester jamais des proportions bien accusées.

A première vue, le membre apparaît émacié et la mensuration dénote une différence de circonférence de deux à trois centimètres à la jambe, quatre à cinq à la cuisse, qui peut atteindre, dans les cas extrêmes, jusqu'à huit centimètres ainsi que Bonnefin en rapporte un exemple.

La cuisse a perdu sa forme prismatique pour prendre un aspect arrondi, accusé surtout chez les sujets vigoureusement musclés. Même disposition se retrouve au mollet, dont la saillie est à demi effacée. Mais encore plus que les autres régions, la fesse en raison de ses dimensions normales considérables, porte les traces de l'atrophie ; elle est aplatie et envahie en grande partie par la fossette rétro-trochantérienne.

Les masses musculaires atrophiées ont perdu leur tonicité. Quand on saisit la peau entre les doigts, comparativement d'un côté à l'autre, elle forme des replis beaucoup plus élevés du côté de la sciatique ; le membre a l'air de flotter dans un vêtement trop large.

Il s'en faut cependant que l'on doive toujours compter sur la laxité des téguments et la diminution de volume du membre pour conclure à l'atrophie musculaire ; en dehors du relâchement et de l'amincissement, l'enveloppe cutanée est susceptible de subir un autre mode d'altération, exactement l'inverse, de devenir le siège

d'une hypertrophie quelquefois considérable, capable non seulement de ramener le membre à ses dimensions normales, mais encore d'atteindre des proportions telles que celui-ci se trouve plus volumineux que son congénère resté sain.

Bonnefin avait autrefois remarqué cette particularité, mais c'est surtout M. Landouzy (1) qui y appela plus directement l'attention sous le titre d'*adipose sous-cutanée*. Un des indices qu'il signale comme permettant d'en déceler l'existence est la formation par le pincement de la peau de plis beaucoup plus épais du côté malade. On peut y ajouter, chez les sujets maigres ou d'embonpoint modéré, l'effacement des reliefs et des méplats normaux, remplacés par une surface régulièrement cylindrique.

Graves (2) a signalé un phénomène du même ordre, dont l'exemple est demeuré unique, où l'hypertrophie intéressait non plus les téguments mais le muscle lui-même. Le cas qu'il relate avait été observé par le Dr Grogan sur un membre frappé de sciatique depuis un an. L'accroissement de volume portait en même temps sur la cuisse et le mollet et, d'après Graves, reconnaissait pour cause l'hypertrophie des éléments musculaires ; mais on est en droit de se demander, avec Homolle, si l'on n'avait pas affaire plutôt à une myosite interstitielle, analogue à celle de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les formes d'atrophie généralisée, il s'en faut qu'elles comprennent la totalité des cas. Un grand nombre ne présentent cette complication que sur un segment du membre ou un groupe musculaire, tandis que les autres régions sont épargnées ou si peu atteintes que leur lésion s'efface devant la lésion principale. A côté des atrophies diffusées et généralisées, il y a lieu de faire place à une autre variété, au moins aussi importante, représentée par les amyotrophies circonscrites ou partielles.

Leur région de prédilection est la fesse, parfois extrêmement

(1) LANDOUZY, *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, janvier 1878.

(2) GRAVES, *Leçons cliniques médicales*, trad. JACCOUD, t. I, p. 639.

émaciée, où se constitue un type atrophique supérieur auquel participe souvent la face postérieure de la cuisse.

Au mollet, l'atrophie isolée ou prépondérante presque aussi fréquente, engendre un type atrophique inférieur qui comprend comme autre modalité, les cas exceptionnels où la lésion se cantonne au groupe antéro-externe de la jambe.

Découverte par M. Charcot, puis décrite par ses élèves MM. G. Guinon et Parmentier (1), cette dernière modalité présente une physionomie particulière. Elle se montre à la fin d'une sciatique grave classique quand les douleurs aiguës ont disparu, qu'il ne reste plus qu'une légère diminution du volume du membre ; tous les efforts de la maladie se concentrant désormais en un point, sur le sciatique poplité externe qui reste le siège d'une douleur continue, exagérée par la pression contre le tiers supérieur du péroné. Le fait saillant est la paralysie amyotrophique des muscles antéro-externes de la jambe, que traduisent, indépendamment d'un méplat ou d'une gouttière plus ou moins profonde entre le tibia et le péroné, la chute de la pointe du pied et la démarche de stepper : le soulèvement brusque du genou est suivi au moment où le membre retombe sur le sol d'un double bruit formé du choc successif de la pointe et du talon, comme dans la paralysie alcoolique. Des fourmillements, des élancements, des sensations de brûlure ou de froid coexistent au dos du pied et à la partie antéro-externe de la jambe avec la diminution, souvent l'abolition de la sensibilité. Presque toujours dans la totalité ou une partie des muscles frappés, la réaction de dégénérescence est complète ; c'est assez dire que le pronostic est d'habitude grave, que fréquemment il s'agit d'une affection incurable.

Les observations de ce genre n'étant pas très nombreuses, nous en rapportons un cas typique (obs. XXII) recueilli à l'hôpital Cochin dans le service de M. le Dr Achard.

MM. J. B. Charcot et Meige (2) en ont publié un qui doit son intérêt aux conditions qui semblent avoir présidé à son dévelop-

(1) G. GUINON et PARMENTIER, *loco citato*.

(2) CHARCOT et MEIGE, *Progrès médical*, 4 avril 1891.

pement. Comme le pied frappé de paralysie actionnait la pédale d'une machine à coudre, les auteurs imputent au surmenage des extenseurs la localisation de l'atrophie ; or ce fait mérite d'autant plus d'être tenu en considération que dans les précédents la pathogénie est restée inconnue. Il n'y a d'exception que pour quelques cas consécutifs à l'accouchement, dont Bianchi (1), puis Lefebvre (2), Brivois (3), Dorion (4), ont rapporté les premiers exemples. Lefebvre mettait en cause la compression du tronc lombo-sacré par le forceps ou la tête du fœtus contre la crête du détroit supérieur ; restait à démontrer que ce nerf était bien l'origine radiculaire du poplité externe, quand en 1870 dans une communication à la Société anatomique M. Ch. Féré (5) s'est inscrit en faux contre cette manière de voir en démontrant que le lombo-sacré se répartit à peu près également entre les deux branches du sciatique. Aujourd'hui l'opinion la plus accréditée, soutenue dans sa thèse par le D^r Tuilant (6), est qu'il s'agit de polynévrite infectieuse d'origine puerpérale.

Avant de clore ce chapitre, un mot doit être dit de l'état des réactions électriques dans ces amyotrophies et la sciatique en général. Sur ce point on se trouve en présence des résultats les plus contradictoires.

D'après MM. Legros et Onimus, tandis que dans les sciatiques récentes de nature névralgique la contractilité faradique est augmentée, elle est au contraire amoindrie dans les sciatiques anciennes dues à des altérations du nerf ; c'est dans ces dernières que Eulenburg (7) dit avoir constaté assez souvent des modifications qualitatives allant jusqu'à la réaction de dégénérescence, en même temps qu'une augmentation ou une diminution quantitative

(1) BIANCHI, Th. Paris, 1867.

(2) LEFEBVRE, Th. Paris, 1876.

(3) BRIVOIS, Th. Paris, 1876.

(4) DORION, Th. Paris, 1874.

(5) FÉRÉ, *Bulletins de la Société anatomique*, 1879.

(6) TUILANT, *La névrite puerpérale*, Th. Paris, 1891.

(7) EULENBURG, *Fonctionelle Nervenkrankh.*, 1871, 2^e auflage, Berlin, 1878.

de l'excitabilité galvanique, conclusions attaquées par Erb (1) qui avance n'avoir jamais observé rien de semblable. None (de Berlin) (2) pourtant cite un cas de sciatique ordinaire datant de deux mois où il a rencontré la réaction de dégénérescence des muscles du mollet sans qu'il existât d'atrophie manifeste ni autre chose qu'une diminution légère de la sensibilité dans le territoire du tibial postérieur.

Pour notre compte, nous avons examiné au point de vue électrique 25 malades, explorant chaque muscle isolément par comparaison du côté douloureux et du côté sain.

Une fois seulement, les réactions ont été à peu près normales dans un cas où il s'agissait du retour offensif mais léger d'une névralgie très violente l'année précédente pendant plusieurs semaines. Dans quatre autres, elles ont été trop irrégulières pour autoriser des déductions valables. Ces cas exceptés, nous avons abouti à quelques résultats qui nous ont paru valoir la peine d'être mentionnés.

Chez huit malades, les réactions étaient exagérées : pour deux, sous les deux modes de courants, à la fois sur le nerf et les muscles (obs. XI et XII); pour trois sur le nerf seulement (obs. XIII, VI, III). Les trois autres ne présentaient qu'une simple hyperexcitabilité du nerf, les deux premiers au courant faradique (obs. X, II) le dernier au courant galvanique (obs. IV).

Dans ce groupe ne figuraient que deux névrites, l'une avec exagération de l'excitabilité du nerf au courant faradique (obs. II), l'autre exagération par les deux courants (obs. IV).

Il y avait diminution de l'excitabilité dans huit cas dont six névrites et trois névralgies se répartissant ainsi : deux (obs. I et XIV) avec diminution de la réaction galvanique et faradique des nerfs et des muscles; un (obs. XV) du type névralgique, où seule la réaction galvanique des muscles n'était pas affaiblie, un quatrième (obs. XVI) dans lequel l'exception portait sur le courant faradique,

(1) ERB, *Handb. der speciellen Pathol. und Therap.*, V. Ziemssen.

(2) NONE, Entartungsreaction primärer Ischias, *Berl. klin. Woch.*, 1886, p. 844.

deux caractérisés (obs. XVII, IX) par la diminution de l'excitabilité faradique du nerf et des muscles, deux (obs. XIX et XX) par celle de l'excitabilité galvanique du nerf, chacun de ces deux derniers groupes contenant un cas de névralgie.

Sur les cinq cas dans lesquels nous avons constaté la réaction de dégénérescence, il n'y en avait qu'un seul (obs. XXII) où elle fut complète, encore avait-on affaire à une sciatique amyotrophique du poplité externe. Jamais la réaction de dégénérescence n'a porté sur tout le domaine du sciatique ; dans le cas unique (obs. XXI) où elle était très étendue, il lui manquait, pour être généralisée, d'intéresser le mollet. Dans les quatre autres elle se limitait au groupe antéro-externe de la jambe (obs. XXII) : au grand fessier (obs. VII), au fessier et au jumeau interne (obs. VIII) et aux muscles du mollet, le fléchisseur commun des orteils excepté (obs. V) ; enfin, fait qui mérite d'être signalé, les cinq observations se rattachaient à la forme névrite et s'accompagnaient d'amyotrophies marquées.

On voit qu'en somme la réaction de dégénérescence est exceptionnelle dans la sciatique vulgaire amyotrophique, que lorsqu'elle existe, elle est le plus souvent partielle et restreinte à un petit nombre de muscles, quelquefois à un seul. L'excitabilité du nerf et des muscles ou du nerf seulement sous l'une des deux formes de courants ou les deux à la fois est plus fréquemment exagérée dans la névralgie, diminuée dans la névrite, bien que ces règles comportent un grand nombre d'exceptions.

CHAPITRE VI

Déviation du rachis dans la sciatique.

(SCOLIOSES SCIATIQUES)

En raison des nombreuses publications dont elles ont été l'objet depuis quelques années, les déviations rachidiennes provoquées par la sciatique constituent un des points les plus étudiés de cette affection, surtout les déviations latérales décrites sous le nom de scolioses sciatiques (Brissaud), scolioses névropathiques, neuromusculaires (Gussenbauer), névritiques (Gorhan), ischiopathiques (Lesser). Elles n'avaient été relatées auparavant qu'accidentellement dans un petit nombre d'observations, entre autres l'observation 51 de la thèse de Lagrelette (1) et une observation de Dumolard (2) dans le *Lyon médical* de 1888.

Dès 1877, Gussenbauer (3) s'était-il est vrai intéressé spécialement à ces scolioses, mais les avait imputées moins à la sciatique qu'à l'attitude à laquelle étaient condamnés ses malades par leur profession de mineur et d'armurier. Quant au cas présenté par Kocher (4), en 1874, à la clinique de Berne, il ne fut connu que dix ans plus tard par un travail de son élève Schüdel (5).

En réalité, la scoliose de la sciatique ne fut vraiment étudiée qu'en 1886 à peu près simultanément à l'insu les uns des autres par MM. Charcot (6), Albert (7), Nicoladoni (8), Wolfer (9) et Lo-

(1) LAGRELETTE, Th. Paris, 1869.

(2) DUMOLARD, *Lyon médical*, 1888, p. 153.

(3) GUSSENBAUER, *Rapport de la clinique chirurgicale de Liège*, 1878.

(4) KOCHER, cité par SCHUDEL.

(5) SCHUDEL, *Arch. f. klin. Chir.*, XXXVIII, 1.

(6) CHARCOT, observations in BABINSKI, *Arch. de neurol.*, 1888.

(7) ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1886, n° 1-3.

(8) NICOLADONI, *Wien. med. Presse*, 1886, n° 26-27.

(9) WOLFER, cité par GUSE, *Wiener med. Presse*, 1894, n° 30-33.

renz (1). Dans le premier cas d'Albert, curieux à cause de l'erreur de diagnostic qu'il entraîna, il s'agissait d'un jeune médecin atteint d'une déviation très accusée prise pour un mal de Pott, qu'à son grand étonnement Albert trouva trois ans plus tard complètement disparue.

A peine ce symptôme est-il signalé en France par M. Charcot que ses élèves en recueillent plusieurs exemples : M. Ballet (2) un cas extrêmement développé reconnaissant pour cause une sciatique fruste, M. Berbez (3) deux autres sous le nom de sciatique déformante, tandis que M. Babinski (4) publie un mémoire qui fait époque, en ce qu'il fixe définitivement les caractères de la scoliose sciatique, en dépit des revendications ultérieures de Gussenbauer (5), Kocher (6), Vanzetti (7), Erb (8) concernant la question de priorité. Dès lors le nombre des observations se multiplie rapidement, accru par Bouchaud (9), Texier (10), Schüdel (11), Toralbo (12), Gussenbauer (13), Massalongo (14), Souques (15), Bonsdorf (16), Gorhan (17), Masurke (18), Valentini (19), Brunelli (20), Schmidt (21).

- (1) LORENZ, *Id.*
- (2) BALLET, *Soc. méd. des hôp.*, 8 juillet 1887, p. 337.
- (3) BERBEZ, *France médicale*, 1887.
- (4) BABINSKI, *Arch. de neurol.*, 1888.
- (5) GUSSENBAUER, *Prag. med. Wochens.*, 1890, XV, 241-225.
- (6) KOCHER, cité par SCHUDEL.
- (7) VANZETTI; cité par MASSALONGO.
- (8) ERB, Lettre publiée dans le *Neurologisches Centralblatt*, n° 24, 1888, p. 689.
- (9) BOUCHAUD, *Journ. des sciences. méd. de Lille*, 1888.
- (10) TEXIER, Th. Paris, 1888.
- (11) SCHUDEL, *Arch. f. klin. Chir.*, 1889.
- (12) TORALBO, *Gaz. med. lom̃.*, Milano, 1889.
- (13) GUSSENBAUER, *Prag. med. Wochens.*, 1890, XV.
- (14) MASSALONGO, L'atrophie musculare nelle paralisi isteriche, anab. in *Giorn. de Nevorp.*, anno V, p. 46.
- (15) SOUQUES, *Nouvelle Iconographie*, 1890.
- (16) BONSDORF, analyse dans *Neurol. Centralblatt*, 1890, p. 762.
- (17) GORHAN, *Wiener klin. Wochens.*, 1890, n° 24.
- (18) MASURKE, Th. Koenigsberg, 1891.
- (19) VALENTINI, *Deut. med. Wochens.*, 1891, n° 16.
- (20) BRUNELLI, *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 389.
- (21) SCHMIDT, *Medicinischen Gesellschaft zu Leipzig*, avril 1893.

Entre temps (1890), un mémoire de M. Brissaud (1) marque une étape importante dans l'histoire de la scoliose sciatique en montrant qu'à côté de la variété habituelle ou scoliose croisée, en existe une autre plus rare, la scoliose homologue que rencontrent peu après Bonsdorf (2), Salomonsen (3), Lamy (4), Hayem (5), Lebon (6), Bruhl et Soupault (7), Higier (8), Remak (9). Ces deux derniers auteurs (10) créent en même temps une troisième variété, la scoliose alternante, pour classer chacun deux faits remarquables par la succession sur un même sujet des deux premières variétés.

Les travaux suivants sont surtout des études d'ensemble et des analyses d'observations, dans le but d'établir la pathogénie de la scoliose. Parmi les plus importants figurent une revue de Lamy (11), un mémoire de Françon (12) où sont commentées toutes les observations publiées jusqu'à cette époque, le chapitre de la sciatique dans la thèse d'Hallion (13) sur les déviations vertébrales névropathiques, enfin un mémoire de Guse (14) consacré spécialement à l'historique et à la pathogénie.

Les résultats de notre enquête personnelle, qui a porté sur une échelle en somme considérable, 83 malades, nous ont montré que la scoliose est un phénomène à peu près constant dans la sciatique ; nous ne l'avons vu manquer que dans un seul cas, où il s'agissait d'une névralgie légère, datant de trois semaines. Dans les autres, nous l'avons toujours constatée mais à des degrés divers, quelquefois si légère, qu'elle exigeait pour être mise en évidence

(1) BRISSAUD, *Arch. neurol.*, janvier 1890.

(2) BONSDORF, *Finska läkaresällsk. handl.*, 1890, XXXII, 5.

(3) SALOMONSEN, An. dans *Jahresbericht f. der gessammten Medicin.*, 1890, p. 148.

(4) LAMY, *Progrès médical*, 1891.

(5) HAYEM, *Revue de médecine*, 1890.

(6) LEBON, *France médicale*, 16 janv. 1891.

(7) BRUHL et SOUPAULT, *Médecine moderne*, 1892.

(8) HIGIER, *Deut. med. Wochens.*, juil. 1892.

(9) REMAK, Compte rendu in *Semaine méd.*, 1892, p. 199.

(10) REMAK, *Deut. med. Woch.*, 1890, et HIGIER, *Deut. med. Woch.*, 1892.

(11) LAMY, *Revue d'orthopédie*, 1891.

(12) FRANÇON, *Lyon médical*, 1893.

(13) HALLION, Th. Paris, 1892.

(14) GUSE, *Wiener med. Presse*, 1894, n° 30-33.

un examen minutieux sur le malade complètement nu, dans la station debout et pendant la marche.

Suivant que la courbure principale s'incline du côté opposé à la sciatique ou du même côté, ou est susceptible de varier d'orientation d'un moment à l'autre ou à diverses phases de la maladie, la scoliose est dite croisée, homologue ou alternante. C'est le flanc qui a subi la diminution de hauteur que l'on choisit comme point de repère pour indiquer le sens de la scoliose. La scoliose croisée, couramment désignée en Allemagne sous le nom de scoliose typique, comprend à elle seule la presque totalité des cas : sur un total de 82 sciatiques, accompagnées de déviation rachidienne, nous l'avons observée 74 fois, 5 fois la scoliose homologue et 3 fois la scoliose alternante. La proportion donnée par Françon de 17 scoliooses homologues contre 50 scoliooses croisées nous paraît exagérée, le relevé ayant porté sur toutes les observations publiées antérieurement, dans lesquelles certainement ne figure pas un grand nombre de scoliooses croisées moyennes ou légères passées inaperçues. Tandis que la scoliose homologue n'est pas très rare, la scoliose alternante représente une véritable anomalie : pourtant on s'apercevra d'après nos observations qu'elle n'est peut-être pas tout à fait aussi exceptionnelle qu'on l'a cru jusqu'à présent.

Scoliose croisée. — La scoliose croisée est la position que prend d'instinct le sujet atteint de sciatique pour soulager le membre douloureux du poids du corps : à cet effet la moitié supérieure du tronc s'incline du côté sain tandis que la hanche malade devient saillante ; il en résulte une attitude appelée « l'attitude hanchée ».

Dans les cas simples, où il n'existe pas de courbure de second ordre, le rachis décrit un arc allongé étendu des premières vertèbres à la crête sacrée. Son point culminant se trouve situé aux environs de la première et de la seconde lombaires qui constituent après les vertèbres cervicales la partie la plus mobile du rachis. Un fil à plomb abaissé de l'occiput ou de la proéminente, au lieu de tomber à égale distance des deux talons, aboutit contre la malléole interne, le talon ou le bord externe du pied du côté sain, suivant le degré de la courbure.

Celui-ci est mesuré pour la diminution de hauteur du flanc du côté sain, c'est-à-dire de l'intervalle compris entre le bord inférieur du thorax et la crête iliaque (P. Richer). A défaut de mensuration, quand la scoliose n'est pas très légère, l'extrémité des doigts introduite profondément de chaque côté dans l'échancrure costo-iliaque permet d'apprécier, d'une façon suffisante, cette inégalité de hauteur. Dans les cas extrêmes, l'intervalle du flanc diminue jusqu'à devenir nul par l'entrée en contact du rebord costal avec le bassin. Lorsque le malade est chargé d'embonpoint, l'exploration est rendue plus délicate, mais il s'ajoute un nouveau signe corrélatif du précédent, la formation dans le flanc rétréci d'un ou plusieurs plis cutanés horizontaux sur l'utilité diagnostique desquels a insisté M. Babinski.

Jusqu'à présent, nous n'avons envisagé que la forme la plus rudimentaire de scoliose, assez rarement réalisée puisque nous n'avons pu l'observer qu'une seule fois, sur un jeune homme de vingt-deux ans atteint de sciatique aiguë. D'après Gussenbauer, elle ne se présenterait que tout à fait au début de la maladie pour revêtir au bout de quelques jours un aspect plus complexe par l'annexion à la courbure principale d'une ou plusieurs courbures de compensation.

La plus importante occupe la région dorsale. Développée en sens inverse de la courbure principale, elle ramène ou tend à ramener de niveau les épaules, fréquemment même elle acquiert des proportions assez considérables pour entraîner la déformation inverse, l'abaissement de l'épaule du côté malade et dans ces conditions, il n'est pas rare qu'il se produise à la région cervicale une troisième courbure de même sens que la courbure inférieure.

Ces différentes courbures, principale ou secondaires, sont douées d'une grande mobilité, atténuées, quelquefois supprimées par le repos au lit, exagérées par la marche, la station debout prolongée et les paroxysmes douloureux. Les courbures secondaires surtout, sont particulièrement instables, en sorte que d'un instant à l'autre la même épaule est susceptible de devenir alternativement supérieure ou inférieure.

Des phénomènes analogues se passent au niveau du bassin. Celui-ci a presque toujours subi, du côté malade, un abaissement qui permet à la plante du pied de s'appliquer au sol par toute sa surface en dépit de la flexion de la hanche et du genou imposée par la douleur. Cette disposition avait été donnée par M. Babinski comme une règle absolue distinguant la sciatique de la coxalgie ; mais M. Charcot (1) a montré qu'il est possible par exception d'observer l'élévation du talon, due à ce que le bassin est resté horizontal ou a éprouvé un mouvement d'ascension.

Sur trois cas de cette variété (obs. XI, XIII, I) où le talon s'élevait de 1, 2 et 6 centimètres, nous avons constaté que néanmoins, par suite d'une légère flexion du membre sain, la marche s'effectuait de plein pied comme chez les autres sujets frappés de sciatique. La progression dans l'attitude précédente en exigeant une contraction plus énergique des muscles postérieurs de la jambe et de la cuisse ne ferait en effet qu'exagérer les douleurs. Bien plus, celui de nos malades chez qui l'élévation atteignait 6 centimètres (obs. I) marchait en appliquant d'abord le talon et en talonnant, présentant ainsi une sorte de *démarche paradoxale*, qu'il n'arrivait à réaliser qu'en fléchissant fortement le membre sain.

Dans un cas (obs. XV) que nous avons rencontré qui échappait à cette règle, une douleur talonnière des plus vives empêchait seule le calcaneum d'appuyer sur le sol pendant la marche.

A côté des formes moyennes de scoliose, existent à titre d'exceptions des formes qui représentent les termes extrêmes, les unes si développées, qu'il en résulte une difformité et une gêne considérables ; d'autres à peine accusées, seulement bien appréciables quand on a soin de marquer préalablement le sommet des apophyses épineuses et de faire marcher le malade.

En général le degré d'incurvation est en rapport avec l'intensité de la douleur ; c'est seulement dans quelques cas tout à fait exceptionnels, comme M. Ballet (2) en a rapporté un exemple, que l'on est appelé à voir une sciatique fruste, réduite à un léger point

(1) CHARCOT, *Leçons du mardi*, 30 octobre 1888.

(2) BALLET, *Soc. méd. des hôp.*, 8 juillet 1887.

douloureux fessier, provoquer une scoliose très marquée. Pour être rares, ces faits n'en sont que plus importants à connaître par leur confusion possible avec une scoliose essentielle, un mal de Pott, une scoliose hystérique et par l'efficacité du traitement dirigé contre le symptôme primitif.

Il est difficile de préciser exactement à quelle époque apparaît la déviation du rachis ; elle semble d'habitude précoce, M. Babinski (1) (obs. III), M. Françon (2) (obs. I et IV) et nous-même dans un cas l'avons observée dès les 48 premières heures. Un fait certain est que souvent elle reste assez longtemps peu prononcée, tandis qu'à une période avancée de la sciatique et sur son déclin, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnellement beaucoup plus développée qu'au début. A la longue, l'attitude vicieuse entraîne un état léger de contracture analogue aux spasmes fonctionnels décrits par Duchenne de Boulogne chez les écrivains, les violonistes, et tous ceux que leur profession ou un exercice quelconque oblige à une attitude fatigante prolongée. Une preuve de l'intervention fréquente de la contracture est fournie par l'expérience suivante due à M. Debove : si sur certains sujets atteints de la forme névralgique, on supprime les douleurs par une pulvérisation de chlorure de méthyle, il arrive que la scoliose persiste encore plusieurs jours après la disparition complète de la sciatique. Pareil fait se reproduit quelquefois en clinique ; ainsi M. Chauffard (3) a présenté un homme porteur d'une déformation très accusée, chez qui la douleur venait de disparaître progressivement, quelques jours auparavant.

Le même élément intervient aussi dans les sciatiques invétérées, surtout celles qui datent de plusieurs années, de 14 ans, de 18 ans, comme les cas de Berbez (4) et de Texier (5) ; on est même obligé, quand la réduction de la scoliose est impossible sous le chloro-

(1) BABINSKI, *Arch. de neurol.*, janv. 1888.

(2) FRANÇON, *Lyon méd.*, 1893.

(3) CHAUFFARD, *Soc. méd. des hôp.*, 1893.

(4) BERBEZ, *France médicale*, 1888.

(5) TEXIER, *Th. Paris*, 1888.

forme, d'admettre avec M. Babinski des rétractions fibro-tendineuses des muscles, analogues à celles qu'ont décrites MM. Charcot (1) et Terrillon à la suite des contractures hystériques prolongées.

Il est tout à fait exceptionnel de voir la scoliose disparaître la première, nous n'en connaissons que deux observations publiées par M. Souques (2), dans lesquelles la douleur persista seule pendant plusieurs semaines.

Ces déformations sont suffisamment expliquées par la théorie musculaire émise par MM. Charcot et Babinski (3), qui fait de la déviation une attitude instinctive en vue de décharger le membre douloureux du poids du corps, attitude qui se rencontre avec des caractères identiques dans la coxalgie, l'entorse, la tarsalgie, les arthrites.

Néanmoins, elle ne paraît pas satisfaisante à un certain nombre d'auteurs étrangers : Gussenbauer (4), Kocher (3), Albert (3), Nicoladoni (3), Schüdel (3), Gorhan (3).

Gussenbauer, dans trois cas, parmi lesquels figurent les deux premiers qu'il a publiés (3), met en cause la distension des extenseurs du tronc du côté malade par une attitude vicieuse ou par un traumatisme ; pour les autres (4), il fait intervenir un mécanisme déjà indiqué par Kocher (3), le relâchement des muscles lombosacrés du même côté pour éviter la compression des filets nerveux endoloris, théorie qui suppose l'existence constante d'un point douloureux lombaire ; ce qui n'est pas confirmé par l'observation.

Pour Albert (3), le malade chercherait à soustraire à la pression les filets articulaires, comme l'atteste la flexion du genou et celle de la hanche.

L'opinion de Nicoladoni (3) qui a eu un plus grand retentissement attribue la scoliose à une névrite radiculaire. La courbure

(1) *Nouvelle Iconographie*, 1888, t. I, p. 93.

(2) *Nouvelle Iconographie*, 1890.

(3) *Loco citato*.

(4) GUSSENBAUER. Ueber Ischias Scoliotica, *Prag. med. Wochen.*, 1890, XV, 211-225.

du côté sain aurait pour but d'écarter du canal rachidien la moitié de la queue de cheval tuméfiée et douloureuse.

Schüdel (1) combat cette interprétation au nom de l'anatomie. Il fait valoir ce fait classique, que dans les scolioses les plus prononcées, la moelle reste au centre du rachis, fixée par les ligaments et les racines nerveuses. A supposer que par une circonstance exceptionnelle, elle devienne mobile, comme Nicoladoni dit en avoir observé un exemple, le résultat ne serait pas encore celui qu'il a prévu. Au niveau du sommet de la courbure, la moelle et la queue de cheval s'appliqueraient bien au canal par leur côté sain, mais inférieurement, en vertu des lois de la pesanteur, la queue de cheval prendrait contact précisément par son côté douloureux. La courbure croisée a en outre pour effet l'élongation des racines du nerf, incompatible avec une névrite radiculaire.

Pour son compte il se rallie à la théorie de son maître Kocher, avec cette différence qu'au lieu d'attribuer la douleur aux branches lombaires, il incrimine un rameau anormal de la deuxième racine sacrée qui traverse le premier trou sacré postérieur pour se rendre au sacro-lombaire. Or, une anomalie n'est pas suffisante pour expliquer un phénomène aussi constant que la scoliose.

Une dernière opinion est celle de Gorhan qui n'admet pas un mécanisme univoque, mais tantôt la contraction des muscles sacro-lombaires du côté sain, tantôt leur paralysie du côté malade. D'ailleurs en cas de névrite lombo-sacrée, M. Charcot accorde aussi une part à la parésie et à l'atrophie sacro-lombaires dans la production de la scoliose croisée. Nous croyons même que l'impotence liée à la parésie et aux amyotrophies finit par jouer le rôle prépondérant dans certaines névrites anciennes, où les douleurs aiguës ont depuis longtemps disparu ; le sujet évite dès lors de s'appuyer sur le membre malade surtout parce que celui-ci est affaibli.

Scoliose homologue. — Par définition cette variété a pour caractère essentiel l'inflexion du tronc sur le côté malade, avec

(1) *Loco citato.*

rétrécissement du flanc correspondant. Comme conséquence, la presque totalité du poids du corps porterait sur le membre douloureux si le sujet n'avait soin de faire saillir fortement la hanche saine ; en sorte que, suivant la remarque de M. Brissaud, l'attitude est celle d'un individu qui porte un seau à bout de bras en évitant de se mouiller. Les membres inférieurs très obliques et à peu près parallèles forment avec l'axe du tronc, incliné en sens inverse, un angle très accusé, à peine défiguré en haut par une légère courbure de compensation. Il s'ensuit que la marche est beaucoup plus difficile que dans la scoliose croisée, que beaucoup de malades sont condamnés à garder le lit, d'autant plus qu'il se joindrait assez souvent à la déformation du tronc l'élévation du pied par ascension du bassin (Brissaud).

Le nombre d'observations où ce symptôme a été suivi jusqu'à la guérison, est encore trop restreint pour qu'on puisse en tracer au complet l'évolution. Dans un cas de Lamy (1), la déformation disparut en même temps que la douleur. Nous verrons plus loin qu'il est une autre terminaison relativement assez fréquente, puisque nous en avons réuni 3 cas sur 8, la transformation en scoliose croisée quand la douleur abandonne le flanc et la fosse iliaque pour se cantonner à la région fessière, question que nous traiterons plus longuement au chapitre de la scoliose alternante.

Un cas singulier (obs. I), que nous avons observé, nous a montré que telle n'est pas la seule modalité possible de la scoliose homologue. L'attitude générale du corps était celle de la scoliose croisée : la moitié supérieure du tronc inclinée du côté sain et la hanche malade saillante. La courbure unique dirigée néanmoins par sa concavité du côté de la sciatique s'étendait des dernières cervicales au sacrum avec diminution considérable de la hauteur du flanc. Elle n'était réalisable avec l'attitude précédente que parce que la crête iliaque et le pied avaient subi une ascension considérable laissant le talon distant du sol de 6 centimètres. Il s'agissait en résumé d'une *scoliose homologue avec hanchement du côté malade*.

(1) LAMY, *Progrès médical*, janvier 1891.

L'interrogatoire nous a révélé pourquoi cet homme dérogeait aux lois habituelles de la scoliose d'une façon aussi flagrante. Pendant deux mois, il aurait en dépit de douleurs très vives dans le flanc et le mollet continué son métier de menuisier, debout la journée entière contre un établi dans l'attitude qui vient d'être indiquée, la seule compatible, nous dit-il, avec ses souffrances et les exigences de sa profession ; le membre sain était fréquemment fléchi pour permettre au pied malade de s'appuyer complètement sur le sol. C'était d'ailleurs l'artifice auquel cet homme avait recours pour la marche et par instants pour diminuer la fatigue dans la station debout prolongée. Il s'était développé un spasme fonctionnel, analogue à celui qui produit l'élévation persistante de l'épaule chez les violonistes, qui avait fini par immobiliser le tronc dans cette attitude anormale.

Nous ferons remarquer qu'il n'existait aucun vestige de coxalgie ou d'hystérie et que l'affection portait sur le membre droit.

Après quatorze jours de repos au lit et deux pulvérisations de chlorure de méthyle, était survenue une modification importante. Il pouvait désormais abaisser la crête iliaque et appliquer toute la plante du pied sur le sol en faisant saillir la hanche saine et en inclinant le haut du tronc vers le côté de la sciatique. Les jours suivants, cette attitude devenue son attitude unique le faisait rentrer dans le type de la scoliose homologue ordinaire.

Pour M. Brissaud, la scoliose homologue est liée à une névralgie ou une névrite lombo-sacrée spasmodique. Il se fonde sur ce fait que chez son malade le membre douloureux offrait, en même temps que des points sensibles à la pression dans le flanc et sur le trajet du crural, de la raideur avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde que l'on retrouvait à un léger degré du côté sain. La pathogénie serait identique à celle de la scoliose homologue chez l'hémiplégique spasmodique ; seulement pour que la déviation devienne homologue, il faut qu'il y ait participation du plexus lombaire, par conséquent contracture du flanc et que celle-ci soit assez énergique pour contrebalancer l'ac-

tion des muscles du côté opposé. Lamy (1), Bonsdorf (1), Lebon (1), ont rapporté des cas explicables par cette théorie.

Cependant il en est d'autres, où les phénomènes spasmodiques font défaut. Pour les interpréter MM. Bruhl et Soupault (1) modifient un peu la théorie de M. Brissaud : le sujet s'incline du côté malade à cause d'une hyperesthésie profonde plus ou moins marquée de la fosse iliaque qui paraît due à la névralgie des branches du plexus lombaire. A la névralgie étendue à toute la jambe appartient en règle générale la scoliose croisée, à celle dont les douleurs se localisent à la fesse et au plexus lombaire la scoliose homologue.

Selon Fischer et Schœnwald (2), la scoliose croisée résulte de la névralgie des rameaux postérieurs du plexus lombaire, la scoliose homologue de la névralgie des rameaux antérieurs, l'iléo-inguinal, le génito-crural et le fémoro-cutané.

D'après Masurke (1), c'est quand l'affection au lieu d'être périphérique est radiculaire qu'il y a scoliose homologue.

Une hypothèse très voisine est soutenue par Françon (1), qui en raison de la bilatéralité habituelle de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde, attribue la sciatique spasmodique à une méningite spinale par propagation des lésions du périnèvre aux enveloppes de la moelle.

Scoliose alternante. — Dans cette variété, le malade présente tour à tour une scoliose croisée et une scoliose homologue, mais tantôt le passage d'une attitude à l'autre se répète fréquemment en obéissant à la volonté, tantôt il ne se produit qu'une ou deux fois au cours de la sciatique, du fait seul de l'évolution de la maladie ; d'où la nécessité d'en distinguer deux types, que nous désignerons du nom des auteurs qui en ont rapporté les deux premières observations : le type Remak et le type Higier.

Dans le cas de Remak qui est resté unique, il s'agissait d'un homme de quarante ans, atteint depuis trois mois de sciatique sans atrophie, ayant provoqué dès le début une scoliose croisée très

(1) *Loco citato*.

(2) FISCHER et SCHÖNWALD, *Wien. med. Wochens.*, 1893.

accusée. Cet homme, ancien militaire et agent de police, était tellement affecté de sa difformité, qu'il s'appliquait, lorsqu'il sortait en uniforme, à la corriger par tous les moyens possibles. Un jour, il s'aperçut qu'il était en état de s'incliner du côté opposé, et que sous cette nouvelle forme la déviation devenait moins apparente. Bien que celle-ci lui fût dans le principe plus pénible que la précédente, il arriva, à force de persévérance, à en faire son attitude habituelle ; seulement pendant les marches un peu prolongées, il éprouvait du soulagement à passer de temps en temps d'une position à l'autre, effectuant le changement volontairement, au moyen d'un artifice toujours le même : en tenant le corps penché en avant, les mains appliquées fortement contre une table, une rampe ou un point d'appui analogue.

Chacune des deux formes de scoliose ne s'écartait en rien du type classique avec courbure dorsale de compensation. Au lit, l'attitude la plus commode était le décubitus latéral sur le côté sain en scoliose croisée, bien que les décubitus dorsal et abdominal fussent encore possibles, le premier en scoliose croisée, le second en scoliose homologue.

Remak explique cette alternance à volonté par une mobilité exceptionnelle de la colonne vertébrale, due dans le cas particulier à ce que le malade avait servi onze ans dans la cavalerie ; il en conclut que dans la scoliose sciatique, le sens de la courbure est indifférent pourvu qu'un résultat indispensable soit obtenu, que le membre douloureux soit déchargé du poids du corps. L'état spasmodique ne lui paraît pas devoir être invoqué dans la pathogénie de la scoliose homologue, étant donné qu'il existe des cas, et il en rapporte un exemple, où la scoliose homologue ne s'accompagne ni d'exagération des réflexes rotuliens, ni de trépidation épileptoïde. Si son second malade ne présente pas de scoliose croisée, la raison tient à ce qu'ayant continué à travailler assez longtemps après le début de la sciatique, il a été obligé par les nécessités de sa profession de se tenir le tronc penché du côté douloureux ; l'orientation de la scoliose ne relèverait par conséquent que de circonstances individuelles.

Dans le cas d'Higier, le malade atteint de sciatique chronique avec scoliose croisée, présenta pendant quelques jours une scoliose homologue à l'occasion d'un paroxysme douloureux. Higier y voit le fait de l'extension du processus irritatif aux fibres motrices ayant entraîné le spasme des muscles du flanc. Son opinion n'est en résumé qu'une adaptation à la scoliose alternante de la théorie de M. Brissaud pour la scoliose homologue.

On cite aussi quelquefois comme une troisième variété de scoliose alternante un cas de M. Berbez (1), où à plusieurs années d'intervalle la scoliose passa de droite à gauche, mais il ne s'agit en réalité que d'une nouvelle attaque de sciatique sur le membre opposé avec scoliose croisée ; nous ne pensons pas qu'il y ait motif d'en faire une véritable scoliose alternante.

Tel était jusqu'ici le bilan de la scoliose alternante, réduit en somme à un spécimen de chaque variété. En l'espace d'un an et demi, nous avons eu l'occasion d'en observer trois nouveaux cas qui tous d'ailleurs se rapportent au type décrit par Higier.

Le premier (obs. II) concerne un jeune homme de 17 ans entré à l'hôpital pour une sciatique datant de près d'une année, compliquée de scoliose homologue avec points douloureux dans le flanc, la fosse iliaque et les deux derniers espaces intercostaux. Huit jours plus tard, la scoliose homologue avait fait place à une scoliose croisée bien développée ; il n'existait plus de douleurs ni spontanées, ni à l'occasion des mouvements sur les parties latérales du tronc, seule la pression arrivait à les réveiller et lorsqu'elle était un peu énergique provoquait le retour de la scoliose homologue. Quand, au bout de deux mois, le malade quitta l'hôpital, la scoliose croisée était toujours des plus nettes, mais il n'était plus possible par la pression de reproduire l'attitude primitive.

Le second cas (obs. III) est relatif à un homme de trente-six ans, souffrant depuis dix jours de névralgie lombo-sacrée avec scoliose homologue extrêmement accusée sans exagération des réflexes ni trépidation épileptoïde. Douleurs et déviations rachidiennes dis-

(1) BERBEZ, *France médicale*, 1888.
PHULPIN

parurent à peu près complètement en trois semaines. Un mois et demi après sa sortie, le reliquat de la sciatique se réduisait à une douleur vague dans la fesse, suffisante pour l'empêcher de reprendre son métier de fort en farines et à la scoliose homologue s'était substituée un léger degré de scoliose croisée.

Le dernier cas (obs. IV), assez analogue au précédent, a rapport à un malade que nous avons connu cinq mois auparavant porteur d'une scoliose homologue et qui fut retrouvé ne souffrant plus qu'un peu de la fesse, des lombes et de la partie postérieure de la cuisse avec une esquisse de scoliose croisée.

A moins que nous ne soyons tombé sur une série tout à fait exceptionnelle, il semble d'après ces exemples que la scoliose alternante du type Higier n'est pas aussi rare qu'on l'a cru. La scoliose croisée à un léger degré paraît être dans un certain nombre de cas l'aboutissant à longue échéance de la scoliose homologue, une fois que les douleurs, devenues moins vives, ont abandonné une partie de leurs localisations premières, le flanc et la fosse iliaque en particulier. Si cette transformation passe d'ordinaire inaperçue, c'est sans doute parce qu'on a rarement l'occasion de suivre assez longtemps les malades ou que la scoliose croisée n'existe qu'à l'état d'ébauche.

Dans toutes nos observations, la scoliose n'est devenue croisée que lorsque la douleur eut abandonné le flanc et la fosse iliaque ou ne s'y est plus fait sentir que très atténuée.

La scoliose n'est pas le seul mode de déformation du rachis que soit susceptible d'entraîner la sciatique, il s'y associe presque toujours un certain degré de rotation du tronc et de cyphose.

La rotation du tronc signalée par M. Babinski est la conséquence d'un léger mouvement de torsion en sens inverse des épaules et du bassin, d'où il résulte que d'un même côté l'épaule se porte en avant et l'épine iliaque antéro-supérieure en arrière, sans qu'il soit possible d'établir une relation entre le sens de la rotation et le côté occupé par la douleur. L'épine iliaque du membre douloureux est tantôt avancée tantôt en retrait par rapport à celle du membre sain, dans des cas en apparence identiques.

Cyphose. — Qu'il y ait ou non rotation du tronc, une légère cyphose est de règle, mais il est quelques cas où celle-ci acquiert des proportions plus importantes et est susceptible de prendre le pas sur la scoliose.

Nous avons rencontré un de ces exemples de cypho-scoliose dans lequel l'incurvation en avant, étendue de la dixième dorsale au sacrum, était extrêmement accusée tandis que la scoliose n'existait qu'à l'état de vestige. L'inclinaison si accusée du rachis en avant, nous a paru imputable ici à ce que le malade souffrait d'une névrite lombo-sacrée double avec parésie et peut-être atrophie légère bilatérale des extenseurs du tronc.

CHAPITRE VII

Polyurie.

La polyurie en tant que symptôme de la sciatique est un fait de notion récente mis en lumière par M. le professeur Debove en collaboration avec M. Rémond (de Metz), dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 9 octobre 1891. Leur attention avait été attirée sur ce point par l'observation d'un malade qui depuis l'apparition de ses douleurs urinait trois à quatre litres après avoir présenté le même phénomène plusieurs années auparavant, à l'occasion d'une première atteinte de sciatique. L'examen systématique d'autres sujets, atteints de la même affection, leur montra que la polyurie, à un degré quelconque, tantôt minime, tantôt très accusée, est un des symptômes habituels de la sciatique. De leurs observations multiples, calquées les unes sur les autres, ils en extraient quatre, se distinguant chacune par quelque particularité intéressante.

La première, celle que nous avons mentionnée précédemment pour avoir été le point de départ de ces recherches, est remarquable en dehors de l'abondance de la polyurie par l'élévation du volume des urines de trois à quatre litres au moment de l'exagération des douleurs.

La suivante est la reproduction en miniature de la première, 2.520 grammes d'urine au lieu de trois litres, avec abaissement de la polyurie par une pulvérisation au chlorure de méthyle, suivi d'une légère recrudescence en coïncidence avec un paroxysme douloureux.

Vient ensuite le cas d'une femme atteinte de cancer de l'utérus, également polyurique, preuve que le phénomène s'étend à tous les cas de sciatique symptomatique aussi bien qu'essentielle ; pour

terminer, celui d'un homme qui en même temps qu'une polyurie de 2.500 grammes présenta une azoturie passagère, 48 grammes d'urée, pendant plusieurs jours au lieu de 26 grammes, son taux normal, fixé au moment de la guérison. Important en l'espèce, ce résultat montre la possibilité d'une azoturie transitoire, rapprochée par MM. Debove et Rémond de la glycosurie et de l'albuminurie analogues que l'on a plusieurs fois rencontrées dans la sciatique.

La conclusion est que les sujets atteints de sciatique présentent habituellement de la polyurie, variant entre deux et quatre litres, polyurie presque toujours simple, sans modification dans la composition chimique des urines, qui débute avec la douleur, augmente avec elle et cesse quand elle a disparu. Constante dans les sciatiques un peu intenses, elle ne manque que dans les cas où la douleur est légère.

Ce trouble urinaire ne paraît pas être simple fonction de la douleur indépendante de son siège attendu que MM. Debove et Rémond ont constaté qu'il fait défaut dans la névralgie faciale, affection autrement douloureuse que la sciatique. D'autre part, l'excitation du bout central du sciatique sur un chien amène une augmentation de la pression artérielle à l'hydrodynamomètre par contraction réflexe des petits vaisseaux ; or c'est un fait bien connu que toute élévation de la tension artérielle entraîne une augmentation de la sécrétion urinaire. Enfin il ne saurait être question ici de polyurie hystérique dont nous nous occuperons à propos de la sciatique hystérique et de l'hystérie associée à la sciatique.

A la suite de cette communication, M. Mathieu (1) fit connaître deux cas qu'il venait d'observer où les choses s'étaient passées identiquement dans les mêmes conditions, la polyurie ayant suivi pas à pas la marche de la douleur.

A la séance suivante, M. Lépine rappela une observation du même ordre qu'il avait publiée dix ans auparavant dans la thèse

(1) MATHIEU, *Soc. méd. des hôp.*, 9 octobre 1891.

de son élève Hugonnard (1) et émit comme résultat de son expérience de plusieurs années l'opinion que si la polyurie est fréquente dans la sciatique, elle n'atteint guère, en général, des proportions très marquées. Pour explication, il invoque les expériences antérieures faites sous sa direction par Hugonnard, qui les a consignées dans sa thèse, d'où il résulte que les excitations fortes ou moyennes du sciatique chez le chien diminuent, suspendent même quelquefois la sécrétion urinaire, tandis que les excitations légères l'exagèrent, effets qui sont moins marqués si l'un des reins a été partiellement énervé.

L'existence de la polyurie dans la sciatique a été contestée en 1892 par M. Huchard (2), qui dit ne l'avoir rencontrée que sur trois malades où elle était liée à l'artério-sclérose. Les autres auraient au contraire présenté de l'oligurie, 6 à 900 grammes d'urine au plus fort des accès douloureux, et jamais d'hypertension artérielle. Pour lui les faits rapportés par MM. Debove et Lépine au lieu d'être la règle seraient des exceptions.

Le procès de la question a été fait il y a quelques mois dans la thèse de M. Huyghe (3), sous la direction de MM. les professeurs G. Lemoine et Wertheimer (de Lille). Ses conclusions basées sur vingt malades soumis au régime ordinaire de l'hôpital et observés les uns pendant la saison d'été, les autres pendant l'hiver, sont que la polyurie suit, mais seulement d'une façon très approximative, la marche de la sciatique, sans qu'il existe de règle absolue. S'il se produit assez souvent un accroissement parallèle de la douleur et de la polyurie, on voit aussi dans un certain nombre de cas se produire le phénomène inverse, l'apparition ou l'exagération de la polyurie quand les souffrances diminuent. Rarement la polyurie est considérable, d'habitude son chiffre oscille entre deux et trois mille grammes pour redevenir normal une fois la sciatique terminée.

Ces résultats sont sensiblement ceux auxquels nous sommes ar-

(1) HUGONNARD, Th. de Lyon, 1880.

(2) HUCHARD, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 19 février 1892.

(3) HUYGHE, Th. de Lille, 1894.

rivés par l'examen de nos malades. M. Huyghe ajoute que l'alcoolisme et l'athérome ne lui ont pas paru influencer d'une façon bien appréciable la marche de la polyurie ; à ce sujet nous n'avons pu nous faire une opinion personnelle, ayant éliminé de parti pris tout malade suspect ou entaché de tare capable d'engendrer des troubles urinaires.

Enfin M. Huyghe, qui a étudié à plusieurs reprises l'état de la tension artérielle, l'a trouvée tantôt exagérée tantôt abaissée, mais fait remarquer que les procédés applicables à cette recherche chez l'homme, sont trop rudimentaires pour qu'on puisse y attacher une bien grande valeur. Il termine en exposant les expériences de M. Delzenne et les siennes, leurs tentatives infructueuses sur quatre chiens en vue de reproduire la polyurie par l'excitation forte ou faible du sciatique ; ils n'ont jamais obtenu qu'une diminution des urines. Il est fort difficile de savoir, ajoute-t-il, pourquoi l'expérimentation est en désaccord avec la clinique ; l'excitation pathologique est probablement bien différente de celle que l'on produit artificiellement ; à cette cause paraîtrait tenir la différence des résultats.

CHAPITRE VIII

Formes cliniques de la sciatique.

On aurait de la sciatique une opinion imparfaite, si on négligeait d'analyser une série de variétés qu'elle doit à sa localisation, ses divergences d'évolution, son étiologie, quelquefois à plusieurs de ces facteurs réunis.

Tantôt elle intéresse un assez grand nombre de points pour qu'on puisse la considérer comme généralisée, tantôt elle reste limitée aux lombes, à la région fessière, au mollet, au domaine du poplité externe, méritant le nom de sciatique partielle.

Ailleurs c'est la divergence complète d'évolution qui commande la classification et fait distinguer avec Lasègue une forme bénigne et une forme grave, avec M. Landouzy (1) une sciatique névralgique et une sciatique névrite, en opposition l'une avec l'autre par la plupart de leurs caractères. Tandis que la névrite se distingue par des douleurs continues très pénibles en dehors des crises paroxystiques, l'hypertrophie fréquente du tronc nerveux constatée par le palper, des troubles trophiques cutanés, l'anesthésie, les amyotrophies, une durée souvent très longue, de plusieurs mois ou plusieurs années, la névralgie a pour elle l'intermittence et la grande intensité des douleurs, leur guérison complète et rapide en l'espace de quelques jours ou quelques semaines, souvent suivie de récurrence.

MM. Brissaud (2) et Lamy (3) ont décrit une sciatique spasmodique reconnaissable à la raideur du membre, l'exagération du réflexe rotulien et la trépidation épileptoïde souvent bilatérale.

(1) LANDOUZY, *Arch. gén. de méd.*, 1875.

(2) BRISSAUD, *Arch. de neurol.*, 1890.

(3) LAMY, *Progrès médical*, 1891, p. 28.

Dans les cas où l'affection s'étend au plexus lombaire, il se produit une scoliose spéciale : la scoliose homologue, avec ou sans raccourcissement du membre inférieur.

La sciatique blennorrhagique, dont Bailly (1), Bérignier (2), Lespagnol (3) et Home (4) ont rapporté les premières observations, mais qui a été définitivement établie par M. le professeur Fournier, sur une série de cas où la névralgie a récidivé jusqu'à trois et quatre fois en même temps que l'écoulement, a pour caractère un début brusque vers la deuxième ou la troisième semaine de l'infection urétrale. Très intense d'emblée, elle atteint souvent en quelques heures son apogée, pour décroître du cinquième au huitième jour. La guérison survient d'ordinaire au bout d'une à deux semaines, sans que la douleur ait le plus souvent descendu au-dessous du genou (Brisson) (6).

M. Fournier a signalé en outre la coïncidence habituelle de manifestations articulaires, qui ont fait placer autrefois cette sciatique sous la dépendance de l'élément rhumatismal.

A cette variété, se rattachent les sciatiques réflexes, décrites par M. Mauriac (7), au cours de l'épididymite (Reymond) (8), et la sciatique presque toujours bilatérale qu'ont mentionnée MM. Hayem et Parmentier (9) dans la méningo-myélite blennorrhagique.

D'après M. Quénu (10), il existerait chez nombre de sujets atteints de varices une véritable sciatique variqueuse possédant une physiologie un peu spéciale, sans véritables crises névralgiques et qui consisterait surtout en un endolorissement profond. A l'appui de cette thèse, il mentionne trois cas fort intéressants : dans l'un

(1) BAILLY, *Essai sur la névralgie fémoro-poplitée*, Th. Paris, 1803.

(2) BÉRIGNIER, Th. Paris, 1804.

(3) LESPAIGNOL, Th. Paris, 1815.

(4) HOME, *Practical observations on the treatment of strictions in the urethra*, London, 1808.

(5) FOURNIER, *Soc. méd. des hôp. et Union médicale*, 9 nov. 1868.

(6) BRISSON, Th. Paris, 1883.

(7) MAURIAC, *Névralgie réflexe symptomatique de l'orchite blennorrhagique*, Paris, 1870.

(8) REYMOND, *Gaz. des hôp.*, 5 sept. 1891.

(9) HAYEM et PARMENTIER, *Rev. de méd.*, 1888.

(10) QUÉNU, *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 487. *Traité de chirurgie*, t. II.

les douleurs disparurent par le port d'un bas élastique ; dans les deux autres, la guérison complète fut obtenue grâce à un traitement chirurgical dirigé contre l'affection veineuse, une fois en réséquant au creux poplité un paquet variqueux adhérent au sciatique, la seconde fois par la même opération répétée au niveau du grand fessier.

Si beaucoup de variqueux échappent à la sciatique, c'est parce qu'il ne suffit pas que les veines incluses dans le tronc nerveux soient dilatées, il doit s'y ajouter un autre élément, l'élément infectieux, une phlébite d'où résultent d'ordinaire des adhérences entre les vaisseaux atteints et les nerfs avoisinants.

Une autre variété importante est la sciatique tuberculeuse bien étudiée par M. le professeur Peter (1), puis par son élève Friot (2), quoiqu'elle ait été mentionnée auparavant dans quelques observations isolées par Martinet (3), Notta (4), Anstie, Perroud (5), Maze (6), Hahn (7), François du Temps (8). M. Peter a montré qu'elle est souvent à plusieurs mois d'intervalle le symptôme initial et révélateur de la tuberculose pulmonaire, qu'elle se fait remarquer par son intensité et son caractère éminemment rebelle. M. Friot qui en a établi la fréquence relative l'a rencontrée quatre fois parmi 137 tuberculeux de 45 à 62 ans traités dans le service de M. Peter en 1878.

Entre deux catégories très différentes, se répartissent les sciaticques tuberculeuses : celles qui surviennent à titre d'accident prémotoire de la phtisie et celles qui se montrent au cours de son évolution. Ces dernières ont une signification pronostique particulière,

(1) PETER, *Leçons de clinique médicale* et *Union médicale*, 1877, p. 124-127, 130.

(2) FRIOT, Th. Paris, 1879.

(3) MARTINET, *Revue médicale*, juin 1824.

(4) NOTTA, *Union médicale*, 1^{re} année. Traitement des névralgies par cautérisation.

(5) PERROUD, *Lyon méd.*, janvier 1872.

(6) MAZE, Th. Paris, 1871.

(7) HAHN, *Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phtisie pulmonaire*, 1874.

(8) FRANÇOIS DU TEMPS, Th. Paris. 1841.

leur éclosion implique presque toujours une terminaison fatale à brève échéance. Dans cette variété, M. Peter fait entrer un certain nombre des cas décrits par Barbereau sous le nom de méralgie. Presque toutes ces sciatiques se rattachent franchement au type névrite par l'existence de fourmillements, d'engourdissements, de plaques d'anesthésie et la fréquence des amyotrophies ainsi que l'ont établi M. Landouzy (1), M. Dreyfous (2), M. Leudet (3), qui en a rapporté deux cas accompagnés de zona.

Cependant leur origine n'est pas toujours la même ; tantôt elles ont pour point de départ, ainsi que l'ont démontré les autopsies de Friot, une plaque de méningite tuberculeuse sur la partie inférieure de la moelle ou sur la queue de cheval, tantôt la sciatique relève uniquement de polynévrites périphériques décrites par MM. Pitres et Vaillard (4), M. le professeur Joffroy (5), Eisenlohr (6), Vierordt (7), Strumpell (8), Oppenheim (9), névrites qu'il faudrait rapporter soit à l'action de la tuberculine, soit aux infections secondaires ; cependant il y a lieu de se demander si ces névrites périphériques, primitives en apparence, ne relèvent pas d'une dystrophie des cellules antérieures de la moelle peu appréciable comme l'ont établi MM. Achard et Soupault (10) pour la paralysie alcoolique aiguë.

Dans deux circonstances où nous avons eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomique, existaient des granulations sur l'extrémité inférieure de la moelle ; dans le second cas, faute d'un

(1) LANDOUZY, *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 1025.

(2) DREYFOUS, *France médicale*, 1884.

(3) LEUDET, *Gaz. hebdom.*, 1878.

(4) PITRES et VAILLARD, *Rev. de méd.*, 1886.

(5) JOFFROY, *Arch. de phys.*, 1879. De la névrite parenchymateuse spontanée.

(6) EISENLOHR, *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1879, n° 5, p. 100. — Idiopathische subacute Muskellähmung.

(7) VIERORDT, *Arch. für Psych. und Nervenkr.*, Bd. XIV, 1885. — Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen neuritis.

(8) STRUMPELL, Analyse in *Revue de Hayem*, 1885, p. 179.

(9) OPPENHEIM, Beitrag zur Kenntniss der multiplen degenerativen neuritis. *Berliner Gesellschaft für Psych. Med. Nervenkrankheiten*.

(10) ACHARD et SOUPAULT, *Arch. de méd. expérimentale*, 1^{er} mars 1893.

examen attentif les lésions auraient facilement passé inaperçues ; elles se réduisaient à une plaque rosée très pâle, en arrière de la moitié supérieure de la queue de cheval dans une étendue d'à peine un centimètre carré. Il fallut recourir au microscope pour mettre en évidence des granulations minuscules extrêmement discrètes qui seraient encore restées douteuses s'il n'avait été possible d'y colorer un nombre relativement considérable de bacilles.

Depuis qu'elle a été étudiée par MM. Achard et Soupault (1), la sciatique hystérique mérite de constituer une variété à part. Jusque-là on n'avait vu dans l'hystérie [Cullen (2), Sauvage (3), Briquet (4), Lagrelette (5)], qu'une cause assez exceptionnelle de sciatique n'exerçant aucune influence sur la forme de la maladie. On connaissait seulement par une observation de MM. Guinon et Parmentier (6) la possibilité d'association entre la sciatique et l'anesthésie hystérique.

La sciatique hystérique a un début d'ordinaire rapide ; chez un de nos malades il fut précédé d'une attaque apoplectiforme, chez un autre d'un traumatisme.

Elle semble affectionner le côté gauche. Son acuité souvent très grande contraste avec l'existence d'hémianesthésie au niveau du membre douloureux. Parmi les autres stigmates qu'elle est susceptible de s'annexer figurent les troubles sensoriels et la polyurie ; mais son principal caractère est la possibilité de la guérison par la suggestion qu'employa avec succès M. Debove sur le premier malade de MM. Achard et Soupault.

A ce propos M. Debove (7), qui avait autrefois rapporté l'histoire d'un malade chez qui la guérison d'une hémianesthésie par l'aimant avait provoqué la récurrence d'une sciatique, s'est demandé si

(1) ACHARD et SOUPAULT, *Gaz. des hôp.*, 21 juillet 1892.

(2) CULLEN, *Elém. de méd. prat.*, trad. par BOSQUILLON, Paris, 1735.

(3) SAUVAGE, *Nosologia methodica*.

(4) BRIQUET, *Traité clinique de l'hystérie*.

(5) *Loco citato*.

(6) GUINON et PARMENTIER, *Arch. de neurol.*, 1890, p. 181.

(7) DEBOVE, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 11 février 1879.

au lieu d'admettre que la névralgie avait été masquée par l'anesthésie, il n'était pas plus légitime d'y voir une simple substitution de symptômes hystériques.

De ces exemples, on a pu tirer l'interprétation de phénomènes jusque-là inexplicables, du succès de certains traitements empiriques, tels que les guérisons par cautérisation du lobule de l'oreille, imputables à la suggestion.

Une particularité fréquente de la sciatique hystérique est de revêtir la forme spasmodique, c'est même à cette catégorie que se rattache la presque totalité des cas de sciatique spasmodique un peu intense.

Une autre particularité que nous n'avons trouvée signalée nulle part, qui découle d'une de nos observations, est que la sciatique hystérique est susceptible, elle aussi, de rester partielle et de constituer une forme d'hystérie à peu près monosymptomatique. Il s'agissait, dans notre cas, d'une jeune fille de 22 ans traitée en ville depuis deux mois pour une sciatique des plus pénibles, qui ne présentait que deux points douloureux, le creux poplité et le tiers supérieur du péroné. A plusieurs reprises ces régions avaient été le siège de cautérisations au thermocautère. Le pied était immobilisé en varus équin sans qu'il soit possible d'en modifier l'attitude. La marche très pénible n'avait lieu qu'en s'appuyant sur la pointe du pied, le tronc fortement incliné en avant et du côté sain. On aurait dit *à priori* une sciatique amyotrophique du poplité externe avec rétraction des muscles antagonistes. Les seuls stigmates d'hystérie existants étaient un rétrécissement moyen du champ visuel et l'anesthésie pharyngée ; la malade niait tout ce qui aurait pu rappeler de près ou de loin une attaque hystérique. Un fait cependant restait anormal, si la jambe était grêle, elle l'était également du côté sain ; quand le lendemain, sous prétexte qu'elle ne pouvait s'accoutumer au régime hospitalier, la malade quitta la Salpêtrière ; la semaine suivante, nous la retrouvions à la consultation complètement guérie. Sa guérison s'était effectuée en l'espace de deux jours à la suite d'une violente discussion. Répétant alors notre examen des jours précédents, nous constatons cette fois une hy-

poesthésie très manifeste de la moitié droite du corps, ce qui donnait la reproduction en sens inverse du cas observé par M. Debove ; ici l'anesthésie s'était substituée à la sciatique.

Comme formes spéciales nous pourrions mentionner la sciatique syphilitique et la sciatique paludéenne qui en réalité ne présentent pas de caractères bien tranchés. C'est un peu théoriquement que Peyrude (1) et Chupein (2) ont décrit dans la sciatique syphilitique des douleurs très violentes provoquées le soir par la chaleur du lit. M. Fournier dans ses *Leçons sur la syphilis* ne reconnaît nullement cette caractéristique, l'exaspération vespérale étant commune à un grand nombre de névralgies où la syphilis ne saurait être mise en cause. Nous en dirons autant de la sciatique paludéenne décrite par Sauvage (3) sous le nom de sciatique intermittente.

La revue des modalités principales de la sciatique ne saurait être complète si l'on n'y faisait entrer la sciatique double. En dehors de sa bilatéralité, de la symétrie fréquente des points douloureux et de son origine spéciale : une affection rachidienne, la tuberculose, le diabète, elle ne se singularise par rien qui mérite une description à part. Il n'y a d'exception que pour la sciatique double primitive décrite ces dernières années par M. Charcot (4). Celle-ci s'accompagne des deux côtés d'atrophies des muscles antéro-externes de la jambe avec chute du pied, comme la paraplégie alcoolique, avec cette différence que la pression des masses musculaires n'occasionne qu'une douleur insignifiante et que les réflexes rotuliens sont le plus souvent conservés.

(1) PEYRUDE, Th. Paris, 1817.

(2) CHUPEIN, Th. Paris, 1819.

(3) *Loco citato*.

(4) CHARCOT, *Leçons cliniques*, tome, I, 1892, p. 179.

CHAPITRE IX

Diagnostic.

Pour être souvent facile, le diagnostic de la sciatique n'en offre pas moins de sérieuses difficultés quand elle est fruste ou revêt certaines formes exceptionnelles. Ne consistant quelquefois qu'en des symptômes purement subjectifs, elle est même aisément simulée. Dans les cas où l'on est en droit de suspecter la bonne foi du sujet, la manœuvre de Lasègue fournit un des meilleurs éléments de diagnostic.

Parmi les affections pouvant prêter à l'erreur, figure au premier rang le lumbago, qui se distingue en général du point lombaire de la sciatique, en ce que la douleur nulle au repos est provoquée seulement par les déplacements du tronc.

On peut en dire autant du rhumatisme musculaire de la hanche ou de toute autre région du membre, en y ajoutant ce caractère signalé par Valleix, que le malade ne suit pas du doigt le trajet du sciatique, mais promène la main sur toute la surface du muscle douloureux.

Le mal de Pott inférieur, lombaire ou sacro-lombaire, est capable, lui aussi, surtout chez l'adulte et le vieillard, de ne se manifester que par de la douleur. Celle-ci occupe plus exactement la ligne médiane. Le malade, incapable de s'incliner en avant, est comme soudé, évitant avec soin le moindre mouvement du rachis. Quand surviennent des douleurs de sciatique symptomatique, elles sont d'ordinaire symétriques et, comme toutes les pseudonévralgies dues à la compression des racines rachidiennes décrites par M. Charcot, ne sont ni provoquées, ni exagérées par la pression. Les derniers doutes disparaissent devant les symptômes initiaux de paraplégie spasmodique, de gibbosité ou d'abcès froid ;

réserve faite en ce qui concerne la paraplégie spasmodique pour les sciaticques signalées par M. Brissaud, qui s'accompagnent quelquefois de phénomènes spasmodiques bilatéraux.

En cas de sacro-coxalgie, la douleur sur le trajet exact de l'interligne articulaire, jointe à un empâtement profond, souvent précurseur d'un abcès par congestion, constitue le meilleur indice de cette affection.

Le diagnostic avec la coxalgie entraîne une plus grande discussion. Ici toute tentative pour imprimer des mouvements à l'articulation s'accompagne de douleurs violentes, que la jambe soit fléchie ou en extension; l'épine iliaque antérieure et supérieure accompagne la cuisse dans tous ses déplacements. Néanmoins comme le même phénomène se rencontre quelquefois dans la sciatique, en particulier dans la sciatique spasmodique, le signe de Lasègue ne saurait avoir une valeur absolue; mais il en existe un autre à peu près pathognomonique, la douleur lors du refoulement de la tête du fémur contre la cavité cotyloïde par le relèvement de la cuisse, la percussion du talon et celle du grand trochanter. L'effacement du pli fessier, la démarche le tronc renversé en arrière avec ensellure lombaire sont autant d'autres symptômes en faveur de la coxalgie contre la sciatique, du moins la sciatique indépendante d'une lésion articulaire.

Le morbus coxae senilis peut aussi être une cause d'erreur. L'exagération de la douleur par les mouvements, même le genou étant fléchi, les froissements et les craquements perçus à la main ou à distance, la bilatéralité fréquente des lésions sont les principaux éléments de ce diagnostic.

Certaines arthrites rhumatismales sacro-iliaques, la périarthrite coxo-fémorale blennorrhagique décrite par M. le professeur Fournier, doivent être distinguées de la sciatique aiguë, distinction d'autant plus délicate qu'il existe une sciatique aiguë de même nature. Etant données les conditions anatomiques de la région, il n'y a guère lieu de compter sur la rougeur et la tuméfaction, le seul symptôme constant est une douleur dont la nature reste souvent douteuse s'il ne survient quelque autre localisation articulaire.

La coxalgie hystérique, par le fait de son principal facteur la contracture, est susceptible d'être confondue avec une sciatique spasmodique. Par une circonstance heureuse, elle constitue rarement une forme d'hystérie mono-symptomatique, en dehors de l'enfance ; on relève presque toujours l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, des zones hystérogènes, quelquefois une attaque initiale apoplectiforme ou convulsive. La suggestion à l'état de veille ou pendant le sommeil hypnotique, le transfert par les aimants et en dernier ressort l'exploration sous le chloroforme sont autant de moyens qui donnent la solution du problème dans les cas particulièrement difficiles..

Reste une catégorie d'affections auxquelles il y a quelquefois lieu de songer : les affections veineuses et artérielles : la phlegmatia alba dolens entre autres, susceptible de se rencontrer dans les mêmes circonstances que la sciatique, chez les tuberculeux, les cancéreux, les diabétiques, reconnaissable au trajet de la douleur le long des veines transformées en cordons indurés et noueux, suivie de l'apparition à bref délai de l'œdème douloureux. Certaines phlébites variqueuses profondes rentrent dans le même cadre. On les distingue à une tumeur ou un empâtement également douloureux inclus dans l'épaisseur du mollet.

Il faudrait des circonstances bien exceptionnelles pour que l'on hésitât entre les douleurs prémonitoires de la gangrène sénile et la sciatique, avec les douleurs que l'athérome des vaisseaux fémoraux a été accusé de provoquer dans certains cas le long du membre inférieur, douleurs qui seraient toujours très légères, à caractères indécis et auraient leur siège de prédilection à la partie antéro-interne de la cuisse.

Par contre, les douleurs fulgurantes du tabes sont quelquefois prises pour des douleurs sciatiques. Leur physionomie si particulière, leur soudaineté et les comparaisons toujours les mêmes qu'elles éveillent dans l'esprit des malades : sensations de décharge électrique, d'étincelle, de torsion, d'écrasement jointes à l'absence des points de Valleix et à leur bilatéralité rendent l'erreur assez difficile.

Les douleurs ostéocopes ne supportent guère davantage la comparaison. Localisées par les malades dans le squelette plus particulièrement au tibia, elles se reproduisent avec une périodicité vespérale qui doit aussitôt orienter les recherches dans le sens de la syphilis.

On a signalé des analogies avec les périostites, les ostéites, la psoritis. Si les ressemblances ne sont pas trop lointaines au moment du début, elles ne tardent pas à s'effacer à la période d'état dès que se dessinent les signes locaux inflammatoires.

M. Ballet, au sujet d'un cas de sciatique fruste accompagnée de scoliose très accusée, a signalé la possibilité de prendre la scoliose sciatique pour une scoliose essentielle; outre qu'il suffit d'être averti du fait pour éviter l'erreur et rechercher les points douloureux, la scoliose idiopathique est une affection d'un autre âge, de l'enfance ou de l'adolescence où la sciatique est exceptionnelle; de plus l'incurvation latérale s'accompagne toujours de la rotation d'un ou plusieurs corps vertébraux. C'est plutôt théoriquement, qu'en conformité avec des observations authentiques, qu'on a admis l'existence de douleurs par compression en cas de scoliose essentielle extrêmement développée.

Ce que nous avons dit de la coxalgie nous dispensera d'indiquer les caractères distinctifs de la scoliose hystérique.

Quand les amyotrophies sont localisées ou prédominantes aux extenseurs du pied, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une névrite périphérique alcoolique. L'unilatéralité permet d'éliminer cette cause: dans les névrites toxiques, il existe sur le membre opposé sinon des troubles moteurs, au moins des altérations de la sensibilité: des sensations de brûlure, de piqure, des fourmillements, une anesthésie légère, une diminution de l'excitabilité électrique de quelques muscles, allant le plus souvent avec leur affaiblissement à un léger degré dont le malade n'avait pas conscience.

Cet élément, il est vrai, fait défaut dans les cas tout à fait rares signalés par le professeur Charcôt où la sciatique est double: on se base alors comme dans le cas précédent, du reste, sur l'absence

de stigmates d'alcoolisme et sur les commémoratifs. La sciatique amyotrophique du poplité externe est précédée d'une période de sciatique ordinaire avec points de Valleix et accès névralgiques qu'on ne retrouve pas dans l'alcoolisme où dès le début existent des impressions de brûlure, de fourmillements et seulement une douleur mal précisée le long du tronc nerveux. De plus, dans la sciatique, la pression des masses musculaires n'occasionne qu'une douleur insignifiante et les réflexes rotuliens sont le plus souvent conservés.

Une fois le diagnostic de la sciatique établi reste à en déterminer la nature, à chercher si elle n'est pas due à une compression, si elle n'est pas symptomatique d'une coxalgie, d'une sacro-coxalgie, d'un anévrysme poplité, de varices ou liée à une tumeur du petit bassin, d'où la nécessité de pratiquer presque toujours les touchers vaginal et rectal.

Quand la névralgie est double, on est tenu de songer tout d'abord à une affection rachidienne, le mal de Pott, le cancer vertébral, une plaque de méningite spinale et en leur absence à la tuberculose, au diabète, affections capables de provoquer aussi des sciatiques unilatérales. La recherche du diabète comme maladie causale a un intérêt capital; son existence est la source d'une contre-indication thérapeutique sur laquelle a insisté M. Debove, en ce qui vise le traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle. Leur emploi expose à la production de gangrènes toujours très graves dans cette affection, alors que le seul traitement efficace est celui qui s'adresse à la maladie générale.

Une cause toujours également à rechercher, est la blennorrhagie aiguë ou chronique d'autant plus que la guérison de la névralgie est en partie subordonnée à celle de l'infection uréthrale.

La syphilis, l'impaludisme, quoique intervenant assez rarement méritent aussi d'arrêter l'attention de même que l'hystérie; on se rappellera que la névrose est susceptible de s'associer à la sciatique vulgaire, laquelle se reconnaît à l'existence d'amyotrophies, de troubles trophiques cutanés, de troubles de la sensibilité spéciaux, superposés à ceux de l'hystérie.

Même quand on a affaire à ces variétés si communes dont l'origine reste entourée d'obscurité, le rôle du médecin n'est pas terminé quand il a diagnostiqué la sciatique, il lui faut dans l'intérêt du pronostic et du traitement préciser la forme à laquelle elle appartient, s'enquérir s'il existe ou non de l'atrophie, des troubles de la sensibilité objective, si la prépondérance revient à la douleur paroxystique ou à la douleur fixe, données qui permettent de se rendre compte si l'on est en présence d'une névralgie ou d'une névrite.

CHAPITRE XI

Traitement.

Notre intention n'est pas de passer en revue les nombreux traitements qui ont été préconisés contre la sciatique, depuis l'application des liniments les plus variés jusqu'à l'élongation du nerf ou la cautérisation du lobule de l'oreille.

Nous nous bornerons à indiquer celui qui est actuellement en vigueur et à peu près universellement adopté.

Dans les formes aiguës où le seul symptôme est la douleur, celle-ci peut être combattue simultanément par un traitement local et un traitement interne. Le traitement local, qui occupe la place prépondérante, est réalisé, sous sa forme la plus parfaite, par les pulvérisations de chlorure de méthyle, suivant la méthode de M. le professeur Debove, en opérant sur une large surface et non une bande étroite correspondant au trajet du nerf; ce que M. Debove formule en disant qu'il convient d'agir « en surface plutôt qu'en profondeur ». L'effet est souvent immédiat; néanmoins en général on est obligé de renouveler plusieurs fois les pulvérisations. M. Jacquet (1) a même montré qu'il n'est pas toujours nécessaire que la révulsion porte sur le point douloureux, que la révulsion à distance sur le membre sain est capable elle aussi, dans certains cas, d'un résultat efficace.

Ce traitement a remplacé à peu près les autres méthodes auparavant en usage: les sinapismes, les vésicatoires, les ventouses, les injections d'eau distillée, de morphine, de teinture d'iode, de chloroforme, d'antipyrine, d'atropine. Il ne comporte qu'une seule contre-indication, en cas de sciatique diabétique en raison de la

(1) JACQUET, *Société de biologie*, 1887.

facilité avec laquelle se développent les gangrènes dans cette affection.

Parmi les principaux médicaments internes prescrits à titre d'adjuvants, nous citerons, l'antipyrine, le salicylate de soude, le sulfate de quinine, les opiacés, les préparations belladonnées.

Quand la siatique est invétéré, on a recours, en dehors des moyens précédents contre la douleur, à la cautérisation ignée, au massage, aux courants continus et intermittents, à l'hydrothérapie : douches chaudes, bains et douches sulfureuses, bains de vapeur. Certaines stations thermales sont particulièrement recommandées : Aix-les-Bains, Neris, Bourbonne. Les médications iodurée ou arsénicale sont aussi fréquemment employées.

Quand la sciatique est symptomatique, il y a lieu avant tout de s'adresser à la maladie primitive : instituer un traitement général approprié quand le diabète, la goutte, la syphilis, l'impaludisme sont en cause, recommander le port d'un bas spécial et même la résection des masses veineuses dans la sciatique variqueuse, recourir à la suggestion sous toutes ses formes contre la sciatique hystérique, à l'ablation des tumeurs dans les cas de sciatique par compression. Il y a également intérêt à guérir une blennorrhagie rebelle ou à lever un rétrécissement urétral.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Névrite lombo-sacrée droite. — Scoliose homologue anormale avec hanchement du côté malade.* — Grim., Amédée, 60 ans. Menuisier. Extrêmement vigoureux ; n'a jamais fait de maladie. Pas d'alcoolisme.

Début il y a trois mois et demi par des douleurs sourdes de la région lombaire, de la fesse et du mollet, devenues progressivement très intenses en l'espace de cinq semaines. Néanmoins il a pu continuer jusqu'ici sa profession de menuisier,

Etat actuel, le 3 septembre 1894. — En dehors des douleurs continues sous forme d'engourdissement, se produisent au moment de la marche et des grands mouvements des élancements dans toute la hauteur du membre, des lombes à la malléole externe.

Les lombes, le flanc, la fesse, la partie postérieure de la cuisse et le creux poplité sont très douloureux à la pression : sensibilité moins vive au niveau du mollet, en arrière de la malléole externe et au milieu de l'aine. Une douleur légère est également provoquée contre l'épine iliaque antéro-supérieure. Les mouvements de flexion de la cuisse s'exécutent librement presque sans douleur en ne déterminant qu'une très légère oscillation de l'épine iliaque quand le genou est fléchi. La même manœuvre exécutée avec extension de la jambe éveille aussitôt une douleur très vive de la région lombo-fessière. La percussion du talon et du trochanter ne détermine aucun retentissement douloureux dans l'articulation coxo-fémorale.

Dans la station debout, la hanche malade forme une saillie considérable et l'axe du tronc est incliné du côté sain avec abaissement de l'acromion d'un centimètre et demi ; un fil à plomb abaissé de l'angle acromial tombe à 19 centimètres en dehors de la malléole péronière gauche. Le rachis présente une courbure unique à concavité du côté malade étendue des dernières cervicales à la base du sacrum où elle est continuée par la crête sacrée inclinée à 40 degrés. Cette courbure est en réalité peu prononcée, la flèche de l'arc atteint à peine 1 cent. 1/2 au niveau du point culminant (deuxième lombaire), mais paraît plus accusée en raison de la direction du sacrum. Tandis que du côté sain, la hauteur du flanc atteint 6 cent. 1/2, elle n'en mesure que deux du côté douloureux.

Pour arriver à produire cette attitude, l'épine iliaque antéro-supé-

rière droite a subi une ascension de 5 centimètres. Le membre douloureux en rotation externe légère est infléchi, distant du sol au niveau du talon de 6 centimètres ; par contre pour marcher le malade fléchit le membre sain et s'avance de plain-pied en appliquant d'abord le talon.

La circonférence du membre malade offre à la cuisse une diminution de 1 cent. $\frac{1}{2}$, à la jambe une différence d'un centimètre.

Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf et des muscles. Légère exagération du réflexe rotulien droit sans trépidation épileptoïde. Anesthésie plantaire. Aucun stigmate d'hystérie.

Après quatorze jours de repos complet au lit et deux pulvérisations de chlorure de méthyle, le malade applique la plante du pied sur le sol par toute sa surface ; la crête iliaque s'est abaissée jusqu'à devenir inférieure d'un demi-centimètre à celle du côté sain, mais la hauteur du flanc reste toujours très diminuée : 3 centimètres contre 7 centimètres du côté gauche. L'attitude primitive a fait place à une scoliose homologue classique avec prééminence de la hanche saine et légère courbure de compensation. Les localisations douloureuses restent sensiblement les mêmes à part une diminution notable de la douleur lombaire et du mollet.

Exeat le 16 octobre 1894. Il ne restée comme foyers douloureux que les points lombaire et fessier, celui du flanc, les points iliaque et poplité très atténués. L'espace costo-iliaque s'est en même temps élargi d'un centimètre du côté malade.

Il semble que dans ce cas il s'agissait d'une scoliose homologue défigurée dans des conditions toutes spéciales. Cet homme, obligé de gagner sa vie et celle de sa femme également malade, avait cherché à travailler le plus longtemps possible. Sa première attitude était, nous dit-il, la seule compatible avec ses souffrances et les exigences de son travail. Il se tenait la journée entière debout, appuyé contre un établi, dans l'attitude précédemment décrite, mais la plante du pied malade reposant le plus souvent tout entière sur le sol grâce à la flexion du membre sain. Il se développa ainsi un spasme fonctionnel analogue à celui que détermine l'élévation de l'épaule chez les violonistes, spasme que le repos complet prolongé a fait disparaître.

Obs. II. — *Névrite lombo-sacrée droite. — Scoliose alternante.* — Ren... Blaise, 17 ans. Tourneur en fer. Sans antécédents pathologiques.

Entré le 24 septembre 1894, souffrant depuis 10 mois de douleurs sur toute la hauteur du membre inférieur, devenues très vives il y a 12 jours et qui l'obligent à garder le lit.

État actuel. — Douleurs très intenses sur tout le territoire du plexus lombo-sacré. Points lombaire, sacro-iliaque, fessier, fémoraux, poplité, péronier et dans l'épaisseur du mollet. Points très douloureux dans le

triangle crural, la fosse iliaque, le flanc et les deux derniers espaces intercostaux sur les trois foyers habituels.

Scoliose homologue très accusée sans courbure de compensation dorsale ; il n'existe qu'une légère courbure cervicale, insuffisante à ramener la tête dans la rectitude. Le fil à plomb abaissé de la proéminence tombe sur le côté sain en arrière du tendon d'Achille.

Hauteur du flanc malade : 4 centimètres, du flanc sain : 6 centimètres.

L'épine iliaque est légèrement élevée ; la plante du pied repose sur le sol par toute sa surface.

Cuisse saine : 40 centimètres, malade : 38 centimètres.

Jambe saine : 30 centimètres, malade : 28 cent. 1/2.

Hyperexcitabilité faradique du nerf. Réflexes rotuliens exagérés surtout à droite ; un peu de trépidation épileptoïde plus développée du côté douloureux. Diminution de la sensibilité plantaire et du tiers inférieur du mollet.

Le 3 octobre, le malade est trouvé en scoliose croisée moyennement accusée ; on retrouve mais un peu atténués les points lombaire, fessier, poplité, malléolaire externe. Le point iliaque et celui du flanc sont réveillés par une pression énergique ; les points intercostaux et crural ont à peu près disparu. Quand la pression du flanc est assez énergique pour provoquer une douleur un peu vive, le malade reprend un instant la scoliose homologue. Exagération des réflexes et trépidation épileptoïde.

Le 27, le malade quitte l'hôpital avec une scoliose croisée toujours aussi marquée, mais avec une diminution considérable des douleurs. On ne parvient plus par la pression du flanc à provoquer la scoliose homologue.

Obs. III. — *Néuralgie lombo-sacrée gauche. — Scoliose alternante.* — Ephra Maurice, 36 ans. Fort en farines. Entré le 10 juillet 1894. Alcoolique.

Première attaque de sciatique il y a 6 mois ; guérison en 3 semaines.

L'attaque actuelle date de dix jours ; douleurs très vives. Points lombaire, fessier, fémoraux, poplité, malléolaire externe. Mollet douloureux à la pression. Points crural, obturateur, iliaque, inguinal, dans le flanc et la fosse iliaque.

Scoliose homologue extrêmement développée avec courbure de compensation. La crête iliaque entre en contact avec la base du thorax alors que du côté sain l'échancrure costo-iliaque admet l'extrémité de 4 doigts. Le talon repose sur le sol. La marche est très gênée.

Pas de diminution de volume du membre. Exagération de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf et des muscles. Réflexes rotuliens nuls.

Exeat, le 9 août. Douleurs à peu près disparues ainsi que la scoliose. Le 17 septembre, le malade amène sa fille atteinte d'érysipèle. Il est capable de marcher, courir, mais une sensation vague d'endorsement de la région fessière ne lui permet pas de reprendre son métier de fort en farine. On constate une très légère scoliose croisée.

Obs. IV. — *Névrite lombo-sacrée gauche. — Scoliose alternante.* — Mèr... André, 29 ans, Ebéniste. Malade externe. Début 2 mois auparavant. Points lombaire, fessier, intense, poplité, péronier et dans le flanc : légers.

Scoliose homologue avec légère courbure de compensation.

Flanc gauche : 2 centimètre ; droit : 4 centimètres 1/2.

Cuisse malade : 39 centimètres ; saine : 40 centimètres.

Jambe malade : 28 centimètres ; saine : 28 centimètres.

Hyperexcitabilité galvanique du nerf. Réflexe rotulien gauche exagéré, pas de trépidation épileptoïde.

Cinq mois plus tard, cet homme revint pour une pulvérisation de chlorure de méthyle contre des douleurs persistantes des lombes, de la fesse et la partie supérieure de la cuisse ; il était porteur d'une scoliose croisée assez développée.

Obs. V. — *Névrite lombo-sacrée. — Réaction de dégénérescence partielle. — Troubles de la sensibilité.* — Cat... Henri, 65 ans, cocher. — Malade externe.

Début il y a 3 mois 1/2, progressif. Points sacro-iliaque, fessier, fémoraux, poplité, obturateur. Scoliose croisée.

Cuisse malade : 41 centimètres ; saine : 42 cm. 1/2. — Jambe malade : 32 cm. 1/2 ; saine : 33 centimètres. Muscles du mollet, le fléchisseur commun excepté $NFC > PFC$. Excitabilité électrique affaiblie sous ses deux formes au niveau du tronc nerveux.

Sensibilité très affaiblie sur toute l'étendue du membre en arrière jusqu'aux environs de la crête iliaque, en avant jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne.

Obs. VI. — *Névrite sciatique gauche. — Scoliose homologue. — Anesthésie circonscrite.* — Gug... Étienne, 41 ans, serrurier.

Entré le 12 juillet 1894. Première attaque en 1891, pendant 2 mois.

Attaque actuelle date de cinq semaines. Points : lombaire, léger ; sacro-lombaire, fessier, trochantérien, poplité, intenses ; fémoraux, péronier et malléolaire externe, légers. Points crural et dans la fosse iliaque.

Scoliose homologue avec légère courbure de compensation.

Flanc malade : admet 2 doigts ; flanc sain : 3 doigts.

Talon élevé d'un centimètre dans la station debout, appliqué au sol

pendant la marche. Épine iliaque antéro-supérieure : légèrement élevée.

La cuisse malade : 41 centimètres ; saine : 43 centimètres. — Jambe malade : 30 centimètres ; saine : 32 cm. 1/2.

Hyperexcitabilité galvanique et faradique du nerf. Affaiblissement notable de la sensibilité dans tout le membre, sauf à la fesse. Exagération des réflexes rotuliens sans trépidation.

Exeat 17 août. La scoliose subsistait encore.

Obs. VII. — *Névrite lombo-sacrée gauche. — Réaction de dégénérescence. — Anesthésie partielle.* — Flot... Lucien, 53 ans, journalier. Entré le 13 novembre 1894.

Première attaque en 1890, durée trois mois.

Attaque actuelle, remonte à 7 mois. Points fessier, trochantérien, fémoraux, poplité, crural, iliaque. Mollet douloureux.

Scoliose croisée très marquée.

Cuisse malade : 39 centimètres ; saine : 40 cm. 1/2. — Jambe malade : 31 centimètres ; saine : 32 centimètres.

Grand fessier NFC > PFC avec diminution de l'excitabilité du nerf.

Sensibilité très affaiblie sous tous ses modes surtout à la région fessière et à la partie postérieure de la cuisse.

Obs. VIII. — *Névrite sacro-lombaire gauche. — Anesthésie hystérique. — Réaction de dégénérescence.* — Grim... Albert, 54 ans, peintre. Entré le 6 mars 1894. Saturnin : liséré gingival, tremblement.

Début il y a 2 ans. Points lombaire, fessier ; fémoraux, poplité, péronier, crural. Scoliose croisée.

Cuisse malade : 40 centimètres ; saine : 41 cent. 1/2. Jambe malade : 34 centimètres ; saine : 32 centimètres.

Fessier, et jumeau interne NFC > PFC avec diminution de l'excitabilité du nerf.

Anesthésie complète de tout le membre inférieur s'arrêtant exactement au pli de l'aîne et à la crête iliaque. Rétrécissement du champ visuel. Anosmie et agusie du côté gauche.

Exeat le 3 mai, sans modification.

Obs. IX. — *Névrite sciatique droite. — Anesthésie hystérique. — Diminution de l'excitabilité faradique du nerf et des muscles.* — Gour... Louis, 39 ans. Entré le 4 août 1894. Alcoolisme.

Début il y a 4 mois. Points lombaire, fessier, trochantérien, péronier. Scoliose croisée.

Cuisse malade : 38 cent. 1/2 ; saine : 39 centimètres. Jambe malade : 26 centimètres ; saine : 27 centimètres.

Anesthésie complète uniformément répartie s'arrêtant brusquement à la ceinture et à la ligne médiane. Hémianesthésie sensorielle droite.

Dyschromatopsie pour le violet et diplopie monoculaire du même côté.
Exeat le 2 septembre. Etat stationnaire.

OBS. X. — *Névralgie sciatique droite. — Hyperesthésie circonscrite.* — Mor... Jeanne, 29 ans.

Début il y a 3 semaines. Point sacro-iliaque, fessier, fémoraux, péronier ; mollet douloureux.

Scoliose croisée, pas de diminution de volume du membre. Hyperexcitabilité faradique du nerf. Hyperesthésie plantaire et de la moitié inférieure du mollet.

OBS. XI. — *Névralgie sciatique droite. — Hyperexcitabilité faradique et galvanique du nerf et des muscles.* — N... Frédéric, 51 ans, comptable. Entré le 5 septembre 1894.

Souffre depuis 2 mois. Points sacro-iliaque, sacré, fessier, fémoraux.

Scoliose croisée. Dans la station debout, talon élevé d'un centimètre ; cependant le malade l'applique au sol pendant la marche.

Pas de diminution de volume du membre, réflexe plantaire exagéré, réflexes rotuliens égaux.

Exeat 19 octobre. Très amélioré.

OBS. XII. — *Névralgie lombo-sacrée gauche. — Scoliose homologue.* — Dub... 32 ans, journalier. Malade externe. Alcoolisme.

Première attaque il y a huit ans, guéri en 3 semaines ; deuxième attaque l'année dernière, durée 2 mois ; troisième attaque, attaque actuelle de 12 jours. Points lombaire, fessier, fémoraux, poplité. Mollet douloureux. Points malléolaire externe, crural, iliaque et dans le flanc.

Scoliose homologue sans courbure de compensation. Flanc malade : 2 cent. 1/2 ; sain ; 5 centimètres. Très légère trépidation épileptoïde des deux pieds.

Pas de diminution de volume du membre. Hyperexcitabilité galvanique et faradique du nerf et des muscles.

OBS. XIII. — *Névralgie sciatique droite. — Hyperexcitabilité galvanique et faradique du nerf.* — Rom... Henri, 55 ans, journalier. Malade externe.

Première attaque légère, durée 2 mois, il y a un an et demi, suivie de guérison complète.

Attaque actuelle date de 3 semaines. Points lombaire, fessier, fémoraux, poplité.

Scoliose croisée. Réflexes égaux. Talon élevé de 2 centimètres dans la station debout, appliqué au sol pendant la marche.

OBS. XIV. — *Névrite lombo-sacrée droite.* — *Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf et des muscles.* — Bade Louis, 30 ans, terrassier. Malade externe.

Début il y a 3 mois. Etat actuel : Points douloureux lombaire, sacré, sacro-iliaque, fessier, fémoraux, poplité, malléolaire externe, crural. Légère scoliose croisée.

Cuisse malade : 45 centimètres, saine : 47 centimètres. Jambe malade : 35 centimètres, saine : 35 centimètres.

Sensibilité plantaire affaiblie à droite.

OBS. XV. — *Néuralgie lombo-sacrée droite.* — *Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf et de l'excitabilité faradique des muscles.* — Sev... Léon, 26 ans. Entré le 10 octobre 1894. Excès alcooliques.

Début brusque 9 jours auparavant. Points lombaire, fessier, fémoraux, poplité. Mollet douloureux. Points talonnière, crural, iliaque.

Légère scoliose croisée. Talon élevé de 2 centimètres dans la station debout et d'un centimètre environ pendant la marche en raison de la douleur talonnière qui est très vive.

Pas de diminution de volume du membre.

Le 26 octobre douleurs très atténuées ; la station et la marche s'effectuent à présent de plain-pied.

Guérison complète, le 2 novembre 1894.

OBS. XVI. — *Névrite sciatique droite.* — *Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf et d'excitabilité galvanique des muscles.* — *Anesthésie circonscrite.* — Porc.. Anne. 33 ans. Malade externe. Obésité ; 5 accès de coliques hépatiques antérieures.

Première attaque de sciatique en 1891 pendant 2 mois, guérison complète.

Attaque actuelle ancienne de 4 mois. Points lombaire, fessier, poplité, péronier. Mollet douloureux. Point crural.

Scoliose croisée très développée : le bord inférieur des côtes entre en contact avec la crête iliaque du côté sain.

Anesthésie complète de la face dorsale du troisième et du quatrième orteil, incomplète sur les deux tiers externes du dos du pied et la partie antérieure du cou-de-pied, régions qui sont le siège de fourmillement très pénible. Cuisse malade, 50 centimètres ; saine : 52 centimètres.

OBS. XVII. — *Névrite lombo-sacrée gauche.* — *Diminution de l'excitabilité faradique du nerf et des muscles.* — *Anesthésie circonscrite.* — Ser... Alfred, 57 ans. Entré le 11 octobre 1894. Pas d'alcoolisme.

Début, au milieu du mois d'août 1893. Points lombaire, crural, fessier, fémoraux, poplité, sur le trajet du tibia postérieur. Œdème léger remontant jusqu'au dessous du genou. Scoliose croisée moyenne.

Cuisse malade : 46 centimètres saine : 48 centimètres. Jambe malade : 34 centimètres ; saine : 35 centimètres.

Plaque d'anesthésie complète sur la surface externe de la cuisse étendue de la base du grand trochanter à deux travers de doigt au-dessus de la rotule, plaque de la largeur de la main à contours sinueux et mal arrêtés.

Exéat le 10 mars 1894, sans grande modification.

Obs. XVIII. — *Névrite sciatique droite.* — *Diminution de l'excitabilité faradique du nerf et des muscles.* — Bin... Isidore, 51 ans. Malade externe.

Premières douleurs il y a 2 mois et demi. Points lombaire, fessier, fémoral supérieur. Scoliose croisée.

Cuisse malade : 41 centimètres, saine : 42 centimètres. Jambe malade : 32 centimètres, saine : 32 centimètres.

Obs. XIX. — *Névrалgie lombo-sacrée droite.* — *Diminution de l'excitabilité galvanique du nerf.* — Chap... Joseph, 41 ans, cocher. Malade externe.

Début il y a vingt-cinq jours. Points fessier, sacré, trochantérien, poplité, péronier, iliaque. Scoliose croisée, pas d'atrophie.

Obs. XX. — *Névrалgie sciatique droite.* — *Diminution de l'excitabilité galvanique des nerfs.* — Bis... Louis, 38 ans. Entré le 25 septembre 1894.

Début remonte à 2 mois. Points fessier, trochantérien, poplité, malléolaire externe. Scoliose croisée ; pas de diminution de volume du membre.

Obs. XXI. — *Névrite sciatique gauche.* — *Réaction de dégénérescence partielle.* — Jod... Adrien, 43 ans. Malade externe.

Début remonte à un an et demi. Points lombaire, fessier, fémoraux, poplité, péronier, malléolaire externe. Scoliose croisée.

Cuisse malade : 43 centimètres ; saine : 45 centimètres. Jambe malade : 31 centimètres ; saine, 32 centimètres.

Muscles fessier, biceps, demi-tendineux, muscles antéro-externe de la jambe $NFC > PFC$ avec diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf.

Obs. XXII. — *Sciatique partielle amyotrophique.* — *Réaction de dégénérescence.* — Am... Jean, 63 ans. Hôpital Cochin. Service de M. le Dr Achard. Pas d'antécédents pathologiques.

Il y a six ans, sciatique vulgaire sur toute la longueur du membre qui le tint six semaines au lit.

Au bout de 7 mois, paroxysme qui dura 4 mois durant lequel le malade dut marcher avec des béquilles. A dater de cette époque la jambe commença à subir un amaigrissement progressif, les douleurs étaient

devenues sourdes, localisées surtout au creux poplité et au dos du pied.

Environ un an après le début de la maladie, les orteils étaient déjà à demi fléchis, la pointe du pied difficilement relevée, état qui n'a fait que s'aggraver jusqu'au mois de janvier 1894, pour demeurer ensuite stationnaire.

Etat actuel. — A la pression, points fessier et fémoraux, modérés ; points poplité et péronier, intenses. Mollet modérément douloureux dans l'intervalle des deux jumeaux. Un peu de sensibilité dans le triangle crural. Le malade se plaint uniquement de douleurs sourdes et de fourmillements à la fesse, au mollet et sur le dos du pied.

Cuisse malade : 41 centimètres ; saine : 42 centimètres. Jambe malade : 26 centimètres ; saine : 31 centimètres : d'où différence de cinq centimètres à la jambe.

Le relief du groupe musculaire antéro-externe de la jambe est remplacé par une gouttière profonde d'un demi-centimètre entre le tibia et le péroné.

Chute complète du pied et des orteils, que le malade est impuissant à redresser ; il peut seulement les fléchir un peu plus, et porter le pied légèrement en dedans.

Démarche de stepper.

Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du sciatique. Abolition de l'excitabilité électrique sous ses deux formes au niveau du poplité externe.

Jumeau externe $NFC > PFC$.

Jumeau interne $NFC = PFC$.

Fléchisseur commun $NFC = PFC$.

Jambier intérieur $= 0$.

Extenseur commun, péronier $NFC > PFD$.

Anesthésie légère de tout le membre inférieur jusqu'au voisinage du pli de l'aîne et de la crête iliaque. Anesthésie à peu près complète du dos du pied et de la moitié inférieure de la jambe en avant. Réflexes rotuliens diminués.

CONCLUSIONS

I. — De nos observations on est en droit de conclure, que la scoliose alternante n'est pas aussi exceptionnelle qu'on l'a cru, puisque nous avons pu en réunir trois cas, alors qu'il n'en existait que deux dans la littérature médicale.

II. — Que la scoliose croisée légère est parfois l'aboutissant de la scoliose homologue à une échéance éloignée.

III. — Que dans des conditions tout à fait spéciales, la scoliose homologue est susceptible de revêtir une forme anormale avec hanchement du côté malade.

IV. — La sciatique hystérique peut se circonscrire à l'une des branches du nerf, comme la sciatique vulgaire, et constituer une forme d'hystérie monosymptomatique.

V. — La réaction de dégénérescence est rare dans la sciatique amyotrophique ordinaire. Lorsqu'elle existe, elle est le plus souvent partielle et restreinte à un petit nombre de muscles, quelquefois à un seul. L'excitabilité du nerf et des muscles ou du nerf seulement, sous l'une des deux formes de courants ou les deux à la fois, est plus fréquemment exagérée dans la névralgie, diminuée dans la névrite, bien que ces règles comportent un grand nombre d'exceptions.

Vu :

Le Président de la thèse,
DEBOVE.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer ;

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot — J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne)
